

Humboldt-Universität zu Berlin

Einflussfaktoren der beruflichen Integration psychisch beeinträchtigter Menschen

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Philosophie

Promotionsfach: Rehabilitationswissenschaften

eingereicht im Februar 2010

an der Philosophischen Fakultät IV der Humboldt-Universität zu Berlin

von

Dipl.-Psych. Christine Gericke

Präsident der Humboldt-Universität zu Berlin

Prof. Dr. Dr. h. c. Christoph Marksches

Dekanin der Philosophischen Fakultät IV

Prof. Dr. Wiltrud Gieseke

Gutachter: 1. Prof. Dr. Ernst von Kardorff

2. Prof. Dr. Thomas Kieselbach

Datum der Promotion: 15. 12. 2010

Danksagung

Als erstes möchte ich allen Teilnehmern unserer Integrationsmaßnahme danken, die mich auf unterschiedlichste Weise an ihrem Leben teilhaben ließen, die mir durch Dankbarkeit aber auch ehrliche Kritik die Möglichkeiten und Grenzen meiner Arbeit vor Augen geführt haben und mir durch ihr Vertrauen das Gefühl gegeben haben, tatsächlich etwas bewirken zu können.

Mein Dank gehört weiter allen meinen Kollegen und Vorgesetzten der REHAaktiv darr GmbH, die mit mir über mögliche Einflussfaktoren diskutiert und ihre wichtige jahrelange Berufserfahrung mit mir geteilt haben.

Ich möchte Herrn Toralf Darr danken, der mir das Vertrauen geschenkt und die Möglichkeiten gegeben hat „einfach loszulegen“, ohne je an meinen Fähigkeiten zu zweifeln und der meine Erkenntnisse von statistischen Zusammenhängen in ungeahnte praktische Bedeutsamkeiten umwandeln konnte.

Mein großer Dank gehört Herrn Prof. Ernst von Kardorff, der mein Interesse für dieses Thema vom ersten Moment an geteilt hat und der mir die qualitative Forschung nicht nur vermittelt sondern tatsächlich ans Herz gelegt hat. Anregungen von ihm, die zunächst „mehr Arbeit“ bedeuteten, entwickelten sich in der späteren Umsetzung häufig zu den interessantesten Inhaltsschwerpunkten.

Mein Dank gilt Herrn Prof. Kieselbach, der mich trotz seiner vielseitigen Verpflichtungen unkompliziert und unbürokratisch unterstützt hat.

Gedankt sei außerdem Frau Dipl.-Psych. Anja Groer für die Codierung des Interviewmaterials und Herrn Dipl.-Psych. Sebastian Bernert für seine statistischen Kritiken und Hinweise.

Mein größter Dank gilt jedoch meiner Familie, meinen Eltern Elke und Felix Gericke und vor allem meinem Lebenspartner Wolfgang Rau, der mich durch seine unendliche Wertschätzung unterstützt hat und mir die nötigen zeitlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt hat, der mit mir diskutiert hat und seinen klaren Menschenverstand an den Stellen einbrachte, wo man ihn sonst womöglich vergessen hätte. Und nicht zuletzt danke ich unserem Kind Ben, der mich in rekordverdächtiger Geschwindigkeit auf den Boden der Tatsachen zurück holt und mir zeigt, dass ein überstandener Magen-Darm-Infekt mehr wert ist als das eleganteste Theorien-Gebilde.

Erklärung

Hiermit erkläre ich diese Dissertation selbständig verfasst zu haben und alle benutzten Hilfsmittel und Hilfen in der Dissertation angegeben zu haben.

Berlin, den

Christine Gericke

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	III
ERKLÄRUNG	IV
INHALTSVERZEICHNIS	V
ZUSAMMENFASSUNG	VIII
ABSTRACT	IX
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	X
1 EINLEITUNG	1
1.1 ZUNAHME PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN	1
1.2 ZUNEHMENDE ISOLIERUNG PSYCHISCH KRANKER?	1
1.3 BERUFLICHE REHABILITATION	3
1.4 GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER BERUFLICHEN REHABILITATION	3
1.4.1 SGB IX Teilhabe behinderter Menschen	4
1.4.2 SGB III Arbeitsförderungsrecht	5
1.4.3 SGB II „Hartz IV-Gesetze“	5
1.4.4 SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung	6
1.4.5 SGB VII Gesetzliche Unfallversicherung	6
1.4.6 Rehabilitationsträger der Teilhabe am Arbeitsleben	7
1.4.7 Zusammenfassung der gesetzlichen Grundlagen für die Arbeit der REHAaktiv darr GmbH	7
1.5 „ERST PLATZIEREN - DANN QUALIFIZIEREN“?	8
1.6 DIE ICF IN DER BERUFLICHEN REHABILITATION	11
1.7 DIE REHAAKTIV DARR GMBH	14
1.7.1 Firmengeschichte	14
1.7.2 Das Integrationsseminar für Rehabilitanden mit psychischen Beeinträchtigungen in Berlin	15
2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN	16
2.1 URSACHEN PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN IM KONTEXT DER ARBEIT	16
2.1.1 Arbeit macht krank	17
2.1.2 Arbeitslosigkeit macht krank	19
2.1.3 Grafische Darstellung der Ursachen psychischer Erkrankungen der Maßnahmeteilnehmer	21
2.2 MODELLE ZUR PRÄDIKTION ERFOLGREICHEN HANDELNS IN BERUF UND PRIVATLEBEN	22
2.3 ABLEITUNG VON SEMINARINHALTEN	25
2.4 PRÄDIKTOREN DER BERUFLICHEN INTEGRATION AUS DER ANGEWANDTEN FORSCHUNG	27
2.4.1 Prädiktoren der Beruflichen Integration psychisch Beeinträchtigter	27
2.4.2 Ableitung einer Prädiktoren-Übersicht	32
2.4.3 Interaktionsmodell	34
2.5 PRÄDIKTOREN DES ABBRUCHES EINER MAßNAHME	37

3	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	40
3.1	FRAGESTELLUNGEN ZUR ERFOLGREICHEN BERUFLICHEN REHABILITATION	40
3.2	FRAGESTELLUNGEN ZUM ABBRUCH DER MAßNAHME AUS GESUNDHEITLICHEN GRÜNDEN	43
3.3	FRAGESTELLUNGEN ZUR PROGNOSE DER ANZAHL KRANKHEITSBEDINGTER FEHLZEITEN	44
4	METHODIK	45
4.1	ÜBERLEGUNGEN ZUM OPTIMALEN STICHPROBENUMFANG	46
4.2	STUDIENDESIGN	47
4.3	OPERATIONALISIERUNG	50
4.3.1	<i>Teilnehmerprofil</i>	50
4.3.2	<i>Das psychodiagnostische Screening</i>	54
4.4	QUALITATIVE INTERVIEWS	61
4.5	VERFAHREN DER DATENANALYSE	65
5	ERGEBNISSE	67
5.1	STICHPROBENBESCHREIBUNG	67
5.1.1	<i>Vollständigkeit der Datensätze</i>	77
5.1.2	<i>Deskriptive Statistik der Testvariablen</i>	78
5.2	FOLLOW UP	82
5.3	PRÄDIKTOREN BERUFLICHER INTEGRATION PSYCHISCH KRANKER	85
5.3.1	<i>Nominales Datenniveau – Kreuztabellen und Chi-Quadratstest</i>	86
5.3.2	<i>Ordinales Datenniveau – U-Test nach Mann & Whitney</i>	88
5.3.3	<i>Metrisches Datenniveau – T-Test</i>	89
5.3.4	<i>Binäre logistische Regression</i>	96
5.3.5	<i>Binäre logistische Regression – Integration nach ½ Jahr</i>	98
5.3.6	<i>Binäre logistische Regression – Integration nach einem Jahr</i>	99
5.3.7	<i>Diskriminanzanalyse</i>	101
5.3.8	<i>Zusammenfassung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse</i>	102
5.3.9	<i>Angepasste Prädiktoren-Übersicht</i>	105
5.4	PRÄDIKTOREN FÜR DEN ABBRUCH DER MAßNAHME AUS GESUNDHEITLICHEN GRÜNDEN	107
5.4.1	<i>Nominales Datenniveau – Kreuztabellen und Chi-Quadratstest</i>	107
5.4.2	<i>Metrisches Datenniveau – T-Test</i>	110
5.4.3	<i>Binäre logistische Regression</i>	112
5.4.4	<i>Diskriminanzanalyse</i>	114
5.4.5	<i>Zusammenfassung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse</i>	115
5.5	PRÄDIKTOREN DER FLUCHT IN KRANKHEIT PSYCHISCH KRANKER	116
5.5.1	<i>Metrisches Datenniveau der Einflussfaktoren – Spearman-Korrelationen</i>	117
5.5.2	<i>Nominales Datenniveau der Einflussfaktoren – U-Test für zwei unabhängige Stichproben</i>	118
5.5.3	<i>Multiple lineare Regressionsanalyse</i>	120
5.5.4	<i>Zusammenfassung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse</i>	121
5.5.5	<i>Anpassung an Modell-Übersicht</i>	122
5.6	FAKTORENANALYSE	124

VII

5.7	PRÄ-POST-TEST-ANALYSE	127
5.7.1	<i>Unterschiede bezüglich der Entwicklung von Integrierten und Nicht-Integrierten</i>	130
5.7.2	<i>Interpretation und Diskussion der Ergebnisse</i>	131
5.8	AUSWERTUNG DER QUALITATIVEN INTERVIEWS	134
5.8.1	<i>Codierleitfaden</i>	136
5.8.1.1	Kategorien der einzelnen Fragestellungen	136
5.8.1.2	Sonstige, nicht direkt erfragte Kategorien	141
5.8.1.3	Bewertung des Gesamtinterviews:	142
5.8.2	<i>Codierung des Materials</i>	144
5.8.2.1	Kategorien der einzelnen Fragestellungen	144
5.8.2.2	Sonstige, nicht direkt erfragte Kategorien	147
5.8.2.3	Bewertung des Gesamtinterviews:	149
5.8.3	<i>Inter-Rater-Reliabilität</i>	149
5.8.4	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse der Qualitativen Interviews</i>	150
5.8.5	<i>Vertiefende Fallschilderung Herr W.</i>	152
5.8.6	<i>Diskussion und Schlussfolgerungen der Ergebnisse der Qualitativen Interviews</i>	155
6	DISKUSSION	160
6.1	REPRÄSENTATIVITÄT DER STICHPROBE	160
6.2	DURCHFÜHRUNG UND AUSWERTUNG IN EINER HAND?	162
6.3	SEMINARINHALTE FOLGEN KEINEM EINHEITLICHEN THEORETISCHEN MODELL	163
6.4	OPERATIONALISIERUNG	164
6.5	LANGZEITEFFEKTE DER MAßNAHME - KAUSALITÄT?	165
7	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	168
8	TABELLENVERZEICHNIS	169
9	LITERATURVERZEICHNIS	171
	ANHANG	179

Zusammenfassung

Auf der Suche nach Determinanten der erfolgreichen beruflichen Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt wurden Teilnehmer einer Integrationsmaßnahme für psychisch beeinträchtigte Menschen bei der REHAaktiv darr GmbH sowohl qualitativ als auch quantitativ untersucht. Es handelt sich um eine prospektive Längsschnitt- bzw. Kohortenstudie.

Der umfangreichere Quantitative Teil der Arbeit beinhaltet die Auswertung erhobener demographischer, psychodiagnostischer und persönlicher (Freizeit, finanzielle Situation) Daten von n=206 Maßnahmeteilnehmern bezüglich der Zielvariablen erfolgreiche berufliche Integration direkt nach der Maßnahme, nach einem halben Jahr sowie nach einem Jahr und Abbruch der Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen sowie Anzahl krankheitsbedingter Fehlzeiten während der Maßnahmedauer.

Als Prädiktoren der erfolgreichen beruflichen Integration konnten ein hohes Intelligenzniveau, ein guter Schulabschluss, das Vorhandensein eines Partners, ein mittleres bis hohes Engagement, gute Kontrollstrategien innerhalb der Stressbewältigung sowie ein höheres Einkommen zu Maßnahmebeginn gefunden werden.

Die Einnahme von Medikamenten, ein höheres Alter, eine vorhandene Berufsunfähigkeit sowie eine subjektiv höhere Einschätzung der psychosomatischen Beschwerden wurden als Prädiktoren des Maßnahmeabbruchs aus gesundheitlichen Gründen identifiziert. Die Anzahl krankheitsbedingter Fehlzeiten wurde durch die beiden Prädiktoren psychosomatische Beschwerden sowie das Fehlen der Diagnose Schizophrenie, vorher gesagt.

Im zweiten Teil der Arbeit erfolgte die Auswertung der qualitativen Interviews von jeweils sechs erfolgreich integrierten und sechs nicht integrierten Maßnahmeteilnehmern. Als Ergebnis konnten die generellen Bedeutungsschwerpunkte Empfundene Unterstützung durch die Mitarbeiter, fehlende berufliche Orientierung sowie die große Bedeutung der Praktika und der Seminargruppe herausgestellt werden. Individuelle Unterschiede in Bezug auf den Integrationserfolg zeigten sich bezüglich der Bedeutung der Arbeit, der Fähigkeit zur Stressbewältigung, der Selbsteinschätzung und der Einstellung zur Maßnahme.

Schlagworte: Berufliche Rehabilitation; Prädiktoren; Qualitative Interviews; psychisch Beeinträchtigte, Integrations-Maßnahme, Rückkehr zur Arbeit

Abstract

Searching for determinants for the successful integration into the general job market, participants in a rehabilitation program for the mental handicapped carried out by REHAaktiv darr GmbH were studied qualitatively und quantitatively. This was a prospective longitudinal or cohort study.

The more extensive, quantitative part of the study consists of an analysis of the demographic, psychodiagnostic and personal (leisure time, financial situation) data ascertained from n=206 participants with regard to the variable objectives of the successful integration immediately after completion of the scheme, after six months and one year as well as after dropping out of the scheme for health reasons as well as the number of days absent for health reasons during the scheme.

Predictors of a successful integration are high intelligence, high school graduation, the presence of a partner, a mid to high level of commitment, good strategies of control as soon as a higher income in the beginning of the program.

Medication, advanced age, vocational disability and subjectively higher assessment of the psychosomatic troubles were identified as predictors for dropping out of the scheme for health reasons.

The number of absences due to illness was predicted by the predictors psychosomatic disorders as well as the absence of a diagnosis schizophrenia.

The second part of the study consisted of the assessment of the qualitative interviews with six participants who were successfully integrated and six who were not. The result that emerged emphasized the amount of support from the REHAaktiv personnel “felt” by the participants, a lack of career orientation on their part as well as the great importance of the practical training and the seminar group. Individual differences with respect to the success of the integration could be attributed to the importance of work, the ability to deal with stress and mental attitude to the scheme.

Keywords: vocational rehabilitation, Predictors; Qualitative Interviews; mental Disabled, rehabilitation program, return to work

Abkürzungsverzeichnis

AVEM	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster
B	Regressionskoeffizient
BIP	Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung
BFW	Berufsförderungswerk
d	Effektstärke
DA	Diskriminanzanalyse
df	Freiheitsgrad
DFLA	Dortmunder Fragebogen zum Leben in der Arbeitslosigkeit
D2	D2-Konzentrattest
ESF	Europäischer Sozialfonds
FA	Faktorenanalyse
FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KI	Konfidenzintervall
LMI	Leistungsmotivations-Inventar
LOT	Life-Orientations-Test
LPS	Leistungsprüfsystem
M	Mittelwert
MDS	Martial Distress Scale
MMPI	Minnesota-Multiphasic Personality Inventory
n.s.	Nicht signifikant
OR	Odds Ratio
p	Signifikanz
QI	Qualitative Interviews
SD	Standardabweichung
SEM	Standardfehler
SGB	Soziales Gesetzbuch
SVF	Stress-Verarbeitungs-Fragebogen
WHO	World Health Organization
-2LL	2 LogLikelihood

1 Einleitung

1.1 Zunahme psychischer Erkrankungen

Bei weitgehend konstant gebliebenem bzw. sogar rückläufigem Krankenstandniveau konnte im Gesundheitsbericht der DAK aus dem Jahre 2005 ein starker Anstieg (Steigerungsrate von 69%) der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen festgestellt werden (DAK Gesundheitsreport 2005). Im Länderübergreifenden Gesundheitsbericht für Berlin und Brandenburg 2009 (Westermayer & Brand 2009) liegt die Häufigkeit von Diagnosen psychischer und Verhaltensstörungen im Jahr 2008 für Berlin und Brandenburg mit 5.6% an siebenter Stelle. Der Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen liegt dagegen bei 12.4% womit die psychischen Erkrankungen hinsichtlich der Krankschreibungsdauer an dritter Stelle liegen.

Nach Watzke (2006) stellen psychische Erkrankungen fünf der zehn weltweit häufigsten Ursachen dauerhafter Behinderungen dar, wobei Depressionen an erster Stelle rangieren.

Abgesehen von den Depressionen werden Alkoholabhängigkeit, bipolar affektive Erkrankungen, Schizophrenien und Zwangsstörungen genannt. Psychisch Behinderte machen einen Anteil von etwas 22% an der Gesamtzahl dauerhaft behinderter Menschen aus (Murray 1996).

Es stellt sich ein gesellschaftliches sowie individuelles Problem dar, das in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen wird. Wie lässt sich die Zunahme insbesondere der psychischen Leiden bundesweit erklären? Handelt es sich um vermehrte Zahlen allein auf dem Papier aufgrund von Enttabuisierung und Bekenntnis zur psychischen Störung? Hat sich die Arbeitswelt verändert, bei vermehrtem Termin- und Erfolgsdruck, gepaart mit Existenzängsten, die letztlich die Arbeitskraft des Einzelnen negativ beeinträchtigen, den psychischen Druck erhöhen, dem sich immer weniger Arbeitnehmer gewachsen fühlen?

Was auch immer die Gründe dieser Veränderungen sein mögen, sicher ist, dass die psychische Gesundheit ganz allgemein als auch in Verbindung mit der Arbeit zukünftig als Thema vermehrt aufgegriffen und untersucht werden muss.

1.2 Zunehmende Isolierung psychisch Kranker?

Die berufliche (Re-) Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt für psychisch Kranke wird allgemein als äußerst schwierig betrachtet (Moos & Wolfersdorf 2003; Rüesch et. al. 2002), weshalb sich die Forschung in den letzten Jahren zunehmend mit diesem Thema auseinandersetzt.

Bedenkt man die rasanten Veränderungen in der Arbeitswelt in den letzten Jahrzehnten mit einem schnelleren Verfall erworbenen Wissens, zunehmender Emotionsarbeit als neue Anforderung, kontinuierlicher Rationalisierung von Arbeitsplätzen insbesondere in der Industrie, einer zunehmenden Aufhebung der Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit, einer höheren Flexibilisierung der Arbeitszeiten und häufigen Arbeitsplatzwechsel aufgrund von Projektarbeiten, die zeitlich befristet sind (Mohr et.al. 2005), so erscheint die zunehmende Ausgrenzung psychisch beeinträchtigter Menschen aus der Arbeitswelt als Konsequenz unvermeidbar. Gleichzeitig berichtet Kardorff (1999) von einer „postmodernen“ Differenzierung von Lebenswelten und Lebensstilen, die einerseits zu individueller Unsicherheit, Orientierungsproblemen, ungeklärten sozialen Zugehörigkeiten und unklaren Grenzen führe, andererseits aber Chancen für und wachsende Toleranz gegenüber abweichenden Minderheiten eröffne, und gesellschaftliche Nischen zur Selbstorganisation und Lebensbewältigung mit psychischer Krankheit schaffe allerdings unter finanziell stark eingeschränkten Möglichkeiten. Marwaha und Johnson (2004) fanden bei einer Analyse der Beschäftigungsraten in Europa, dass lediglich zwischen 10 und 20% der chronisch psychisch Kranken einer Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen. Watzke (2006) berichtet für die Bundesrepublik Deutschland von einer Erwerbstätigkeit psychisch erkrankter Menschen von gerade einmal 50% inklusive der Beschäftigung als Hausfrau bzw. einer aktuellen Ausbildung.

Diese Zahlen stimmen insbesondere im Hinblick auf die Bedeutsamkeit der Arbeit als sinnstiftendes Element im Leben von psychisch erkrankten Menschen sehr pessimistisch. So berichten Kunze & Pohl (2002) von der Arbeit als wesentlichem Faktor für die psychische Gesundheit, da die Funktion des persönlichen Erfolgserlebens durch die gelungene Bewältigung von äußeren Anforderung und die Erfüllung der Erwartungen anderer damit verbunden sei. Außerdem beinhalte Arbeit die Möglichkeit, sich in normalen sozialen Rollen zu engagieren und somit der chronischen Krankenrolle entgegenzuwirken. Bei einer sinnvollen Tätigkeit wie die Arbeit, handle es sich außerdem um ein leicht identifizierbares Kriterium für Genesung, womit auch ein Gefühl für sozialen Status und Identität verbunden sei, sowie eine Möglichkeit dem Alltag Struktur zu geben und soziale Kontakte und Unterstützung zu erhalten. Nicht zuletzt sei die finanzielle Entlohnung der Tätigkeit zu nennen.

Die beschriebenen Entwicklungen verbunden mit einer enormen ökonomischen Belastung der Sozialleistungsträger verdeutlichen den steigenden Bedarf an Einrichtungen, die sich mit der

beruflichen Rehabilitation von psychisch kranken Menschen beschäftigen. Ebenso notwendig erscheinen Wirkungsnachweise von angebotenen Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation.

1.3 Berufliche Rehabilitation

In Abgrenzung von der Medizinischen Rehabilitation beschreibt Watzke (2006) die Berufliche Rehabilitation als die Subsummierung aller systematischen und organisierten Bemühungen um eine Integration und Förderung Kranker und Behinderter in Beruf, Ausbildung oder Beschäftigung. Adressaten von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation sind grundsätzlich behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen im erwerbsfähigen Alter. Der Bedarf für eine berufliche Rehabilitation kann bereits im Anschluss an eine einmalige Akutbehandlung bestehen.

Die berufliche Rehabilitation für psychisch Kranke umfasst nach Watzke (2006) einen weiten Bereich einzelner Tätigkeitsfelder, die in Abhängigkeit zueinander stehen und einer Versorgungskette entlang des Überganges der psychischen Erkrankungen aus einer akuten in eine postakute, stabilere Phase folgen. Dabei trete die Integration in Arbeit bzw. Beschäftigung als Ziel arbeitsrehabilitativer Maßnahmen am Ende der Versorgungskette in den Fokus der rehabilitativen Bemühungen.

1.4 Gesetzliche Grundlagen der beruflichen Rehabilitation

Die Gesetzlichen Grundlagen der beruflichen Rehabilitation erscheinen zunächst sehr komplex und für den Laien unübersichtlich. Aus diesem Grunde hat sich die Autorin darauf beschränkt, die gesetzlichen Grundpfeiler der eigenen Arbeit vorzustellen ohne detailliert auf alle Voraussetzungen und Eventualitäten einzugehen. Entstanden ist eine Übersicht der Gesetzlichen Grundlagen der REHAaktiv darr GmbH (siehe Kapitel 1.4.7 Abbildung 1: Übersicht über gesetzliche Grundlagen), deren Zentrum das SGB IX (Teilhabe behinderter Menschen) darstellt um das herum sich die jeweils möglichen zur Anwendung kommenden Gesetzesbücher ansiedeln. Auf diese Weise wird die Grundstruktur der gesetzlichen Verankerung verdeutlicht, ohne jedoch einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu können. Beim Lesen der folgenden Kapitel bietet es sich gegebenenfalls zur Orientierung an, einen Blick auf die beschriebene Übersicht zu werfen.

1.4.1 SGB IX Teilhabe behinderter Menschen

Im Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen wurden Bestandteile und bestehende Gesetze der Sozialgesetzgebung zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in Deutschland zu einem grundlegenden Werk zusammengefasst (Tenambergen 2008).

Das SGB IX ist Grundlage aller Rechtsvorschriften für die berufliche Rehabilitation und Wiedereingliederung schwerbehinderter Menschen. Je nach unterschiedlichen Lebensphasen eines Menschen mit Behinderung, der jeweiligen Ursache der Behinderung sowie der Einstufung nach einem Grad der Behinderung (GdB) kommen unterschiedliche Kostenträger für die berufliche Rehabilitation auf und werden wiederum entsprechende weitere Gesetzbücher herangezogen.

Bei dem Begriff der Teilhabe handelt es sich um eine, durch das SGB IX geschaffene Bezeichnung, die den im Schwerbehindertengesetz verwendeten Begriff der Eingliederung abgelöst hat. Nach § 1 SGB IX erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften. Ziel ist es, ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden. Die Förderung der Selbstbestimmung durch die zu erbringenden Leistungen soll dazu beitragen, dass die betroffenen Menschen nicht als Adressat oder Objekt öffentlicher Versorgung und Fürsorge verstanden werden. Nach der politischen Zielsetzung des Gesetzes sollen vielmehr Autonomie und Selbstbestimmung als Alternative zur Fremdbestimmung dazu beitragen, dass behinderte Menschen aktiv ihre Teilhabe mitgestalten können (http://www.integrationsaemter.de/webcom/show_article.php/ c-614/ lkm-863/i.html).

Das SGB IX gliedert sich in zwei Teile. Teil 1 beinhaltet die Selbstbestimmung und Teilhabe Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. Als Ausnahme werden Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderungen, denen Leistungen nach dem SGB IX Teil 1 zustehen, für die Dauer ihrer beruflichen Ausbildung (inklusive Berufsvorbereitung) einem Menschen mit einer Schwerbehinderung gleichgestellt und erhalten damit den Zugang zu einem erweiterten Leistungsspektrum (Tenambergen 2008).

Die Voraussetzung dafür dass der Teil 1 greift ist eine Krankheitsphase von mehr als 6 Monaten oder eine anderweitige Beeinträchtigung.

Teil 2 beinhaltet das Schwerbehindertenrecht, das dann zum Tragen kommt wenn ein Grad der Behinderung von 50 und mehr vorliegt beziehungsweise ein Grad der Behinderung von 30 und entsprechende Zusatzvoraussetzungen.

1.4.2 SGB III Arbeitsförderungsrecht

Das Sozialgesetzbuch III (SGB III) regelt das deutsche Arbeitsförderungsrecht. Es ist Nachfolger des Arbeitsförderungsgesetzes, das bis zum 31.12.1997 das Arbeitsförderungsrecht regelte. Das SGB III umfasst sämtliche Leistungen und Maßnahmen zur Arbeitsförderung. Es ist damit die Grundlage für die Arbeit der Bundesagentur für Arbeit und der Arbeitsagenturen. Das Sozialgesetzbuch III enthält zudem Regelungen zur Arbeitslosenversicherung. Die Leistungen werden dabei in die drei großen Bereiche Leistungen an Arbeitnehmer, Leistungen an Arbeitgeber sowie Leistungen an Träger unterteilt (<http://bundesrecht.juris.de>).

Das Arbeitsförderungsgesetz ist die Grundlage für Menschen, die aus einer beruflichen Tätigkeit ausgeschieden und arbeitslos sind. Instrumente der beruflichen Integration des SGB III werden von der Agentur für Arbeit gesteuert und zur Umsetzung ausgeschrieben bzw. vergeben (Tenambergen 2008). Im Zuge einer solchen Ausschreibung ist die Agentur für Arbeit ein Kostenträger für eine, bei der REHAaktiv darr GmbH durchgeführte, Maßnahme der beruflichen Integration.

1.4.3 SGB II „Hartz IV-Gesetze“

Das SGB II ist in Kraft seit 1. Januar 2005 und bildet den wesentlichen Teil des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, das im allgemeinen Sprachgebrauch als "Hartz IV-Gesetz" bezeichnet wird. Es regelt die Förderung (einschließlich finanzieller Förderung) von erwerbsfähigen Personen über 15 und unter 65 Jahren sowie deren Angehöriger, soweit diese über kein (ausreichendes) Arbeitseinkommen verfügen. Mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt werden die bisherigen Leistungen der Arbeitslosen- und Sozialhilfe zu einer Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II) zusammengeführt. Die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit (§ 16 SGB II) sollen den Hilfebedürftigen „aktivieren“, um wieder eine Chance auf dem regulären Arbeitsmarkt zu erlangen. (Sozialbericht 2009).

Kostenträger sind die Arbeitsgemeinschaften nach SGB II und die optierenden Kommunen, die allerdings in Fragen der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe eng mit der Agentur für Arbeit zusammen arbeiten. Die Leistungen der beruflichen Eingliederung werden in enger Anlehnung an das SGB III ausgewählt (Tenambergen 2008).

1.4.4 SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung

Das Sechste Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB VI) vom 18. Dezember 1989 trat im Wesentlichen am 1. Januar 1992 in Kraft. Es trat dabei an die Stelle der rentenversicherungsrechtlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO), des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) und des Reichsknappschaftsgesetzes (RKG). Es ist grundlegend für die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland. Gemäß § 9 Abs. 2 SGB VI können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür gegeben sind. Nach § 10 Abs. 1 SGB VI haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt

1. wenn deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann oder
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann (<http://bundesrecht.juris.de>).

Die Vermeidung einer Erwerbsunfähigkeit und die Nutzung noch vorhandener beruflicher Ressourcen stehen im Vordergrund der Bemühungen der Deutschen Rentenversicherung, die erst vor wenigen Jahren als ein Rentenversicherungsträger aus den Landesversicherungsanstalten und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) hervorgegangen ist (Tenamberg 2008).

Die Deutsche Rentenversicherung Bund gehört zu den größten Kostenträgern der Maßnahmen zur beruflichen Integration psychisch beeinträchtigter Menschen in der REHAaktiv darr GmbH.

1.4.5 SGB VII Gesetzliche Unfallversicherung

Das Sozialgesetzbuch VII (auch: SGB VII, Sozialgesetzbuch Siebtes Buch) ist die Rechtsgrundlage für die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland. Es enthält Regelungen zur Verhütung und zur finanziellen Entschädigung von Arbeitsunfällen und

Berufskrankheiten, zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation von Versicherten und zur Organisation der Unfallversicherungsträger. Nach Abs. 1 Nr. 1 SGB VII kann der Unfallversicherungsträger Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme erbringen. Erstes Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Wenn dies nicht möglich ist, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen Betrieb gesucht. Hierbei wird darauf geachtet, dass der neue Arbeitsplatz möglichst gleichwertig ist und nicht zu einem wirtschaftlichen oder sozialen Abstieg führt. Wenn die Weiterbeschäftigung beim bisherigen Arbeitgeber nicht in Betracht kommt, versucht der Rehabilitationsberater in der gesetzlichen Unfallversicherung in einem anderen Betrieb eine neue Arbeitsstelle für den Unfallverletzten zu finden (<http://www.integrationsaemter.de>).

1.4.6 Rehabilitationsträger der Teilhabe am Arbeitsleben

Als Rehabilitationsträger zur Umsetzung einer Teilhabe am Arbeitsleben werden in §6 SGB IX neben der Agentur für Arbeit die gesetzliche Unfallversicherungen (Berufsgenossenschaften), die Rentenversicherungsträger, die Kriegsopferhilfe, die öffentliche Jugendhilfe und die Sozialhilfe benannt. Bei der Aufzählung der Rehabilitationsträger fehlen an dieser Stelle die Arbeitsgemeinschaften nach SGB II und optierende Kommungen / Kreise (Tenambergen 2008).

In die Regelungen zur Zusammenarbeit und Sicherstellung einer möglichst nahtlosen Rehabilitation behinderter Menschen bis hin zum konkreten Arbeitsplatz sind auch die Integrationsämter mit ihren auf die Gruppe der schwerbehinderten Menschen bezogenen Leistungen zur Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben eingebunden (vgl. z.B. § 10 Abs. 2, § 11 Abs. 3, § 13 Abs. 5 und § 22 Abs. 1 Satz 3 SGB IX).

1.4.7 Zusammenfassung der gesetzlichen Grundlagen für die Arbeit der REHAaktiv darr GmbH

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die von der REHAaktiv darr GmbH betreuten Maßnahmeteilnehmer durch unterschiedliche Leistungsträger gefördert werden, die wiederum aufgrund der für sie jeweils geltenden Gesetze tätig werden. Da es sich hierbei um Behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Menschen handelt, gilt das SGB IX im Allgemeinen, wird jedoch durch die besonderen Vorschriften der einzelnen Leistungsträger konkretisiert. Demnach kommen für die berufliche Rehabilitation hauptsächlich die vorhergehend

beschriebenen Gesetze SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung), SGB III (Arbeitsförderung) und SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) in Betracht (siehe Abbildung 1, orange markiert). Die Leistungsträger werden bei Vorliegen der im Gesetz näher definierten Voraussetzungen tätig.

Die orange Markierung des Integrationsamts soll verdeutlichen, dass eine Zusammenarbeit von Integrationsämtern und der REHAaktiv darr GmbH erwünscht ist und bei Seminarteilnehmern mit den entsprechenden Voraussetzungen im Einzelfall auch immer wieder praktiziert wird.

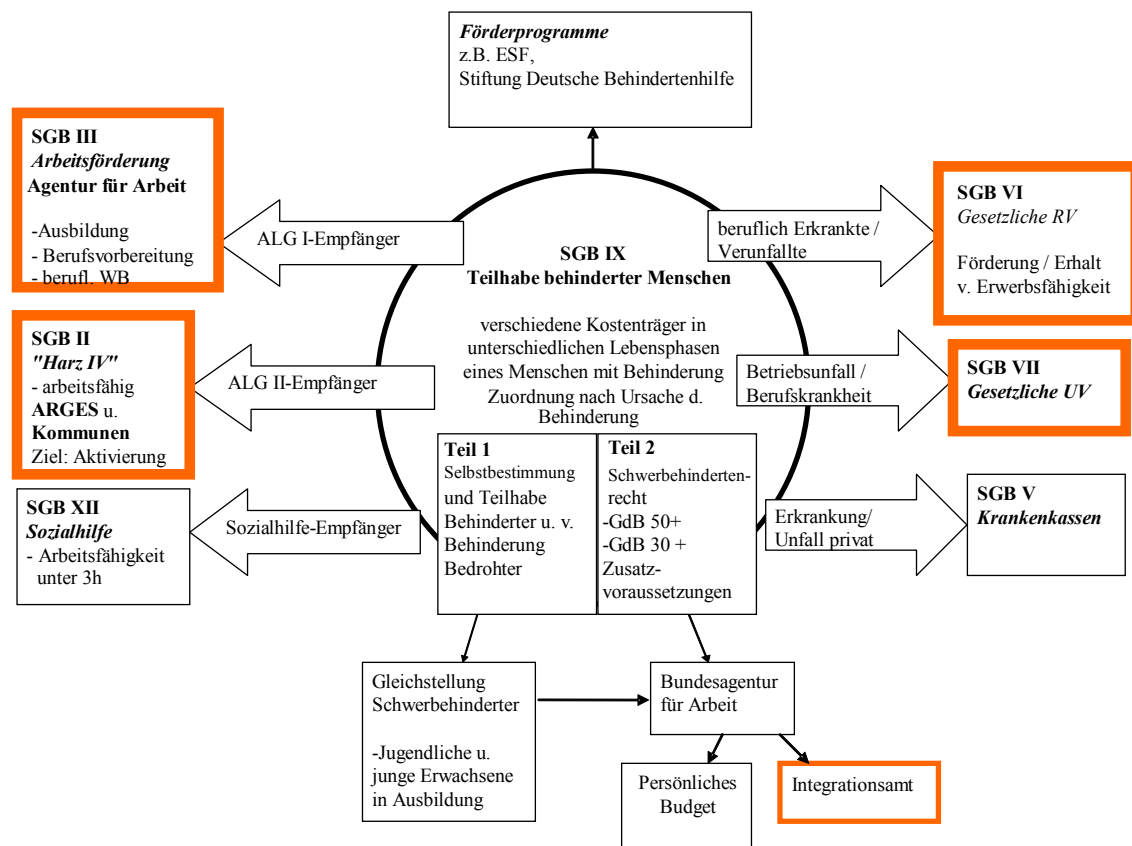


Abbildung 1: Übersicht über gesetzliche Grundlagen

1.5 „Erst platzieren - dann qualifizieren“?

Die Diskussion um das aus den USA stammende so genannte „Supported Employment“ im Vergleich zur immer noch in Deutschland vorherrschenden Praxis des vorgeschalteten Qualifizierens und des erst anschließenden Platzierens gewinnt insbesondere im Hinblick auf die Effektivität und die verbundenen ökonomischen Kosten der verschiedenen Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation an Bedeutung. Reker & Eikermann (2004) erklären die gängige Vorgehensweise des „Train and place“ mit der eventuell fälschlichen Annahme, dass eine

Reintegration in das Arbeitsleben nur dann Erfolg versprechend sei, wenn die Betroffenen vorher alle dafür notwendigen Kompetenzen erworben und unter den besonderen Bedingungen einer Rehabilitationseinrichtung ausreichend trainiert hätten. Gleichzeitig beschreiben sie die demotivierende Wirkung solch langer Trainingsphasen und die Notwendigkeit bei der Suche nach einem Arbeitsplatz unterstützt zu werden bzw. längerfristig am Arbeitsplatz betreut zu werden, wobei der systematische Kontakt zum Arbeitgeber aufrecht erhalten werden sollte.

Hoffmann (1999) beschreibt die Komponenten des „Supported employment“ folgendermaßen:

1. kompetitive Arbeit, d.h. die Rehabilitanden arbeiten mindestens 20 Stunden pro Woche unter Wettbewerbsbedingungen als Vollzeit- oder Teilzeitarbeitskraft
2. sie erhalten dafür mindestens den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestlohn
3. der Arbeitsort ist in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes, in welchem die Mehrheit der Arbeitnehmer nicht behindert ist
4. das Arbeitsverhältnis ist zeitlich unbefristet und
5. die Rehabilitanden werden an ihrem Arbeitsplatz langfristig durch einen „job coach“ begleitet.

Eine Untersuchung von Bond (1995) fand in diesem Zusammenhang, dass das sofortige Plazieren die besseren Wiedereingliederungsergebnisse zur Folge hatte, unter anderem weil die Rehabilitanden stärker motiviert worden seien. Ein vorgeschaltetes Arbeitstraining, das nicht entlohnt wurde, reduzierte dagegen die Erwartungen der Rehabilitanden. Es wird vermutet, dass die extrinsische Motivation bezogen auf den finanziellen Vorteil eine untergeordnete Rolle spielt im Vergleich zur Hebung des Selbstwertgefühls aufgrund der Gleichbehandlung.

Inwieweit diese Ergebnisse auf europäische bzw. deutsche Verhältnisse übertragen werden können, bleibt aufgrund der sehr unterschiedlichen Sozialleistungssysteme ungewiss. Ein Projekt, das auf der Grundlage des "supported employment" in der Schweiz und somit an europäische Verhältnisse adaptiert durchgeführt wurde, ist das Berner Job-Coach Projekt. In einer "virtuellen, dezentralen geschützten Werkstatt" die als eine Art Personalvermittlung fungiert, werden Psychisch Kranke Menschen nach eingehender Stärken-Schwächen-Analyse einer passenden Stelle in der freien Wirtschaft zugewiesen. Ein Job-Coach betreut die Arbeitnehmer vor Ort, sorgt für eine bessere Verständigung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie Kollegen, hält Kontakt zu den Ärzten und interveniert bei Krisensituationen. Den Einsatzfirmen entstehen während der ersten 6 Monate keine

Lohnkosten und bei anschließendem Übernahme-Vertrag werden Sozialversicherungskosten übernommen. Im Ergebnis zeigte sich eine höhere und längerfristige Integrationsrate der Teilnehmer des Berner Job-Coach Projekt als bei einer Kontrollgruppe (Hoffmann & Jäckel, 2008). Die deutlich geringere Arbeitslosenquote in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland macht jedoch eine ähnlich hohe Integrationsrate als Ergebnis eines entsprechenden Projekts in Deutschland unwahrscheinlich.

Die ersten drei durch Hoffmann beschriebenen Komponenten des Supported Employment liegen auch der Arbeit in der REHAaktiv darr GmbH zu Grunde. Es wird ebenfalls zeitnah ein an das Stärken-Schwächen-Profil des Teilnehmers angepasster Arbeitsplatz in Form eines Praktikums auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt akquiriert mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von zumeist 40 Stunden. Dieser Praktikumsplatz ist jedoch zeitlich begrenzt. Dies bietet den Vorteil, dass eine Anpassung der individuellen Berufsorientierung erfolgen kann und der Teilnehmer nicht von Anfang an auf einen Arbeitsplatz und eine berufliche Branche festgelegt wird. Andererseits können in wenigen Wochen natürlich nicht die gleichen betriebspezifischen Kenntnisse erworben werden wie in einem halben Jahr. Bei einem günstigen Verhältnis vom Nutzen des Arbeitgebers und des Teilnehmers besteht jedoch auch innerhalb der beruflichen Integrationsmaßnahme in der REHAaktiv darr GmbH die Möglichkeit Praktika zu verlängern, insbesondere wenn eine langfristige Perspektive zu erahnen ist. Die Aufgaben des "Job-Coach" werden zumindest teilweise durch die Mitarbeiter der REHAaktiv darr GmbH übernommen, indem sie die Teilnehmer regelmäßig in den verschiedenen Praktika besuchen, Gespräche mit den Arbeitgebern führen und bei Schwierigkeiten im Sinne einer Krisenintervention eingreifen können. Parallel besteht ständig die Möglichkeit des telefonischen Kontakts. Ein Kontakt zu Ärzten besteht allerdings nur in Ausnahmefällen, wenn die Teilnehmer dies ausdrücklich wünschen. Auch nach Beendigung der Maßnahme stehen die Mitarbeiter der REHAaktiv darr GmbH für den Zeitraum von zumindest 6 Monaten den Teilnehmern als Ansprechpartner zur Verfügung. Eine regelmäßige Kontaktaufnahme ist jedoch eher die Ausnahme. Zu begrüßen ist der Grundsatz eines über die Zeit konstanten Ansprechpartners, der zugleich Vertrauensperson ist und im Sinne eines "Job-Coach" den Kontakt zum Arbeitgeber hält. Dieser Grundsatz ist in der REHAaktiv darr GmbH aus organisatorischen Gründen leider nicht immer gegeben.

Abschließend lässt sich bemerken, dass das Konzept des "Supported employment" grundsätzlich zu begrüßen ist und in seiner Anwendung den Gegebenheiten des Arbeitsmarktes angepasst werden sollte.

Seit Juni 2009 tritt die Arbeitsagentur als Leistungsträger für Unterstützte Beschäftigung nach § 38a SGB IX auf und bietet mit der individuellen betrieblichen Qualifizierung für Behinderte mit besonderem Unterstützungsbedarf nach § 38a Absatz 2 SGB IX gemeinsam mit dem Integrationsamt eine Maßnahme an, die weitgehend den Grundlagen des Supported Employment entspricht. Als Zielgruppe werden lernbehinderte, geistig behinderte aber auch psychisch behinderte oder verhaltensauffällige Menschen benannt (http://www.arbeitsagentur.de/nn_165988/zentraler-Content/Ausschreibungen/REZ-BB-SAT/Unterstuetzte-Beschaeftigung/Uebersicht.html, abgerufen am 15.Mai 2009).

1.6 Die ICF in der beruflichen Rehabilitation

Die im Mai 2001 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) stellt ein Instrument auf der Grundlage des "bio-psycho-sozialen Modells" dar, das die Arbeit in der Rehabilitation mit seiner Dimension der „funktionalen Gesundheit“ grundlegend reformieren sollte. Aufgrund der vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten und unterschiedlichen Entwicklungen soll an dieser Stelle nur eine kurze Zusammenfassung der Inhalte und Ziele gegeben werden insbesondere im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation. Außerdem werden konkrete Anwendungsbereiche in der praktischen Arbeit der REHAaktiv darr GmbH beleuchtet und die damit verbundenen Schwierigkeiten geschildert.

Mit der ICF wird ein Klassifikationssystem zur Verfügung gestellt, das länder- und fachübergreifend in einheitlicher Sprache zur Beschreibung der funktionalen Gesundheit, deren Beeinträchtigung und der relevanten Kontextfaktoren einer Person angewendet werden kann. Die theoretischen Annahmen, die dieser Klassifikation zugrunde liegen, orientieren sich an einem biopsychosozialen Modellverständnis von Gesundheit und Beeinträchtigung, das in den Rehabilitationswissenschaften allgemein akzeptiert wird (Grundmann 2005). Auf den Dimensionen Körperfunktion, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Umweltfaktoren wird die funktionale Gesundheit einer Person beschrieben und kodiert. Hierdurch wird es möglich interdisziplinär durch gemeinsame Begrifflichkeiten für eine bessere Verständigung zu sorgen. Die Folgen für die Teilhabe werden transparent und nachvollziehbar und die in der beruflichen Rehabilitation bedeutsame tatsächliche Leistungsfähigkeit einer Person für das Erwerbsleben wird deutlich besser abgebildet als dies durch eine reine Symptombeschreibung möglich wäre.

Denkbare Anwendungsbereiche liegen in der Rehabilitations-Indikation, der Rehabilitations-Diagnostik, der Verlaufskontrolle, der Maßnahme-Evaluation sowie der sozialmedizinischen Beurteilung und Begutachtung.

Die ganzheitliche und ausführliche Betrachtung einer Person auf den erwähnten Dimensionen setzt jedoch ein sehr zeitaufwendiges Kodierungsprozedere voraus, welches unter praktischen Bedingungen kaum zu leisten ist. So werden Bemühungen angestrengt, diesem Aufwand durch praktikablere Verkürzungen wie dem "Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)" (Linden & Baron 2007) entgegenzuwirken.

Aktuelle Anstrengungen der Verbreitung der ICF beziehen sich hauptsächlich auf die medizinische Rehabilitation und führten beispielsweise zu der Entwicklung von "Gemeinsamen Empfehlungen" zur Begutachtung durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 2004) im Jahre 2004 nach § 14 SGB IX, die die Gesichtspunkte der ICF einbeziehen.

Insbesondere die Kodierung der Dimensionen Körperfunktionen und Körperstrukturen setzt ein medizinisches Grundwissen voraus, wie es vermutlich nur in der medizinischen Rehabilitation abrufbar wäre. Daher verwundert es kaum, dass eine praktische Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation bisher eher selten ist. Gleichzeitig besteht das Potenzial der ICF eben gerade darin, einen fließenden Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation und eine bessere Kommunikation der beteiligten therapeutischen Fachleute zu ermöglichen. Voraussetzung hierfür ist eine Schulung aller Beteiligten im Umgang mit der ICF.

Es drängt sich die Frage auf, ob eine vollständige Kodierung einer Person tatsächlich in jedem Fall realisierbar und notwendig ist, oder ob nicht zunächst gemeinsame fachübergreifende Zielkategorien vereinbart werden sollten gemäß dem biopsychosozialen Modell. So beschreiben Gmünder u. a. (2006) die verbindliche Festlegung langfristiger Teilhabeziele zusammen mit dem Patienten nach ICF-basierten Zielkategorien, was in der Beruflichen Integration beispielsweise eine Umschulung sein könnte. Daraus ergibt sich die Möglichkeit eines systematischen und – soweit sinnvoll – standardisierten Rehabilitationsprozesses und verschiedenster Ergebnisanalysen (medizinischer Outcome, Kosten- und Ertragsanalysen, Patientenzufriedenheit). In diesen auf die Teilhabe bezogenen Zielkategorien muss präzise festgelegt sein, welche Kriterien bezüglich der anderen ICF-Komponenten (Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten, Umweltfaktoren und Personbezogene Faktoren) bis zum Abschluss der aktuellen Rehabilitationsphase erfüllt sein müssen.

Innerhalb des Projekts "Netzwerk individuelle Rehabilitationsplanung" (Ernst et. al. 2007) wurde der Versuch unternommen in der Kieler RPK-Einrichtung die ICF in das Rehabilitationsmanagement einzuführen. Hierfür wurde ein Core-Set entwickelt, welches einen Auszug der Items der ICF beinhaltet, die vermutlich für die medizinische und berufliche Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen relevant sind. Der sich hieraus ergebende Rehabilitationsbedarf und die hypothetischen Wechselwirkungen der einzelnen Dimensionen stellten die Grundlage für die Erstellung eines ICF-basierten Rehabilitationsplans dar. In regelmäßigen Abständen erfolgte dann die Überprüfung und gegebenenfalls Modifikation des Rehabilitationsplanes und der entsprechenden Hypothesen. Erschwerend für die Entwicklung der Core-Sets erwies sich das Fehlen von Erhebungsinstrumenten für die Kategorien sowie die fehlende Trennschärfe zwischen einzelnen Konzepten der ICF. Als Fazit wurde berichtet, dass es sich um eine sehr zeitaufwändige Arbeit handelte, die jedoch zu einer präziseren Kommunikation zwischen den Teammitgliedern, zu einer nachvollziehbaren und transparenten Rehabilitationsplanung und zu einem für alle Beteiligten verbindlichen "Meta-Modell" von Rehabilitationsprozessen geführt habe. Die Umsetzung war jedoch nur aufgrund zusätzlicher finanzieller Mittel und personeller Neueinstellungen möglich.

Für ein multidisziplinäres Team, wie es in einer RPK-Einrichtung anzutreffen ist, bietet sich die Anwendung der Philosophie der ICF geradezu an. Auch wenn noch weitere Erfahrungen gesammelt werden müssen bis die derzeit sehr aufwändige Erstellung des individuellen Rehabedarfs und der entsprechenden Rehabilitationsplanung effektiver verlaufen kann. In der beruflichen Praxis der REHAaktiv darr GmbH fehlt ein solcher multidisziplinärer Ansatz bisher weitgehend und obwohl die Mitarbeiter bemüht sind den Kontakt zu den Therapeuten der Seminarteilnehmer aufrecht zu erhalten, wird es auch zukünftig nicht die Möglichkeit geben eine Fallbesprechung im fachübergreifenden Team mit allen behandelnden Ärzten und Therapeuten durchzuführen. Die Maßnahmeteilnehmer sind durchgehend zumindest von offizieller Seite "gesund" und arbeitsfähig für täglich acht Stunden. Eine zur beruflichen Rehabilitation parallele medizinische Betreuung ist daher nicht vorgesehen. Um das biopsychosoziale Modell trotz dieser Einschränkungen auch in die Arbeit der REHAaktiv darr GmbH einfließen zu lassen, müsste die Beschreibung der Körperstrukturen und -funktionen sich auf allgemein verständlichem Niveau bewegen und gegebenenfalls im Fall der Körperstrukturen durch die vorliegende Diagnose des Gutachtens ersetzt werden. Vorstellbar wäre eine auf den ICF-Dimensionen basierende Erstellung eines individuellen Ausgangsprofils und der anschließenden Formulierung von Zielvereinbarungen gemeinsam mit dem

Seminarteilnehmer. Eine Aushändigung sowohl des Ausgangs-Profils als auch der Zielvereinbarungen an den Seminarteilnehmer könnte die Möglichkeit bieten zumindest indirekt in Kommunikation mit den sonstigen Therapeuten des Teilnehmers zu treten, indem dieser bei ausreichendem Vorhandensein eines Vertrauensverhältnisses die vereinbarten Zielvereinbarungen mit dem jeweiligen Therapeuten besprechen und gegebenenfalls modifizieren kann.

Auf diese Weise würde zwar der Komplexität der ICF nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen werden können, aber die Philosophie des biopsychosozialen Modells inklusive der fachübergreifenden Kommunikationsverständigung könnte in greifbare Nähe gerückt werden.

1.7 Die REHAaktiv darr GmbH

1.7.1 Firmengeschichte

Die Darr & Partner GbR wurde im Jahre 1994 ursprünglich als Thüringer Bildungsunternehmen in Jena gegründet. Zu diesem Zeitpunkt erfolgte die Seminardurchführung ausschließlich für die Zielgruppe schwerbehinderter Arbeitsloser. Im Jahre 1995 nannte sich die Darr & Partner GbR um in REHAaktiv Zentrum für berufliche Integration.

1996 wurde REHAaktiv Zentrum für berufliche Integration als Partner von den Rentenversicherungsträgern in der beruflichen Rehabilitation anerkannt und es wurde mit der Entwicklung und Umsetzung beruflicher Rehabilitationskonzepte begonnen.

Somit entwickelte sich der ursprüngliche Bildungsträger zu einem ambulanten Rehabilitationsdienstleister. Aufgrund der großen Nachfrage nach Angeboten für den Personenkreis von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen entstanden 1998 weitere Rehabilitationszentren in Leipzig und Dresden. Gleichzeitig entwickelte sich REHAaktiv Zentrum für berufliche Integration zusätzlich zum Rehabilitationsanbieter für gesetzliche Unfallversicherungsträger. Es erfolgte der Aufbau eines Einzelfallorientierten Systems (IEM – Integratives Einzelfallmanagement) der beruflichen Rehabilitation im Unfallmanagement.

Im Jahre 1998 erhielt REHAaktiv Zentrum für berufliche Integration vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales den Auftrag für die Durchführung des Modellprojekts „Integrationsfachdienst“ im Bundesland Thüringen.

Im Jahre 1999 wurde das Rehabilitationszentrum Berlin für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aufgebaut. Gleichzeitig erfolgte die Entwicklung eines beruflichen Rehabilitationsmanagements.

Im Jahre 2000 erweiterte sich das Angebot von REHAaktiv Zentrum für berufliche Integration auf ein medizinisch-berufliches Management für Verunfallte mit dem Ziel einer Vernetzten Rehabilitation. Im darauf folgenden Jahr 2001 wurde ein Qualitätssicherungssystem für das Unternehmen entwickelt deren Zertifizierung im Jahr 2002 erfolgte. Im gleichen Jahr fand eine Umfirmierung in die REHAaktiv darr GmbH Gesellschaft für medizinische und berufliche Rehabilitation inklusive des Rehabilitationsdienstes für private Versicherungsgesellschaften statt.

1.7.2 Das Integrationsseminar für Rehabilitanden mit psychischen Beeinträchtigungen in Berlin

Zielgruppe des Integrationsseminars sind Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die vom Sozialleistungsträger (Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung Bund, selten Berufsgenossenschaft) aufgrund einer psychischen Erkrankung einen Rehabilitationsstatus zugewiesen bekommen haben und auf der Suche nach einer beruflichen Perspektive sind.

Nach einem vorangegangenen Informationsgespräch, indem Ziele und Inhalte des Reha-Vorbereitungstrainings erläutert werden und bei augenscheinlicher Motivation des Informationssuchenden entscheidet der entsprechende Sozialleistungsträger darüber, ob eine Kostenübernahme für diese Maßnahme erfolgt.

Nach einer kurzen Eingewöhnungsphase und der individuellen Statusermittlung erfolgt eine Aufbauphase in der Informationen zu arbeitsmarktspezifischen Erfordernissen und ein Training der schriftlichen Selbstpräsentation durchgeführt werden.

Die psychodiagnostische Testung erlaubt es, für jeden Teilnehmer ein individuelles Leistungs- und Persönlichkeitsprofil zu erstellen, um anschließend Schlussfolgerungen über mögliche berufliche Perspektiven und individuelle Förderinhalte ableiten zu können.

Oberstes Ziel des Integrationsseminars ist die Vermittlung der Seminarteilnehmer in ein sozialrechtliches Arbeitsverhältnis. Zwischenziele auf diesem Wege sind Stärkung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit, insbesondere Aufbau und Erweiterung vorhandener arbeitsrelevanter Fähigkeiten, Erlernung neuer arbeitsrelevanter Fähigkeiten,

Aufbau sozialer Kompetenzen, Stärkung des Selbstbewusstseins und gesundheitliche Stabilisierung.

Das Integrationsseminar hat eine zeitliche Dauer von 10 Monaten. In dieser Zeit wechseln sich Theorie- und Praxisphasen ständig ab, wobei die Praxisphasen in Form von Praktika in unterschiedlichen Unternehmen im Seminarverlauf an Gewichtung gewinnen während die Theoriephasen zeitlich abnehmen.

Neben der Vermittlung von EDV-Kenntnissen finden in den Theoriephasen Seminare zur Stressbewältigung, Bewerbungstraining, Projektarbeiten, Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining und die Vermittlung der Kompetenzen zum effektiven Suchen nach geeigneten Praktikumsplätzen mittels unterschiedlicher Medien statt. Für eine vertiefende Betrachtung der Seminarkonzeption sei auf das Kapitel 2.3 verwiesen.

Je nach subjektiven Voraussetzungen und Bedürfnissen erhält jeder Seminarteilnehmer einen individuellen Seminarplan mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Inhalten.

Während der Praktikumsphasen werden regelmäßige Reflexionstage durchgeführt, an denen sich die Seminarteilnehmer über ihre Erfahrungen während der Praktika austauschen können, Anregungen erhalten und mögliche Probleme diskutieren.

Jeder Teilnehmer wird außerdem regelmäßig im Praktikum von einem Mitarbeiter der REHAaktiv darr GmbH besucht, um eventuelle Probleme vor Ort klären zu können bzw. mögliche Perspektiven zeitnah auszuloten.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Ursachen psychischer Erkrankungen im Kontext der Arbeit

In dem anschließenden Kapitel erfolgt überblicksartig eine Aufstellung der Erklärungsmodelle psychischer Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Arbeit stehen. Hierbei wird unterschieden zwischen Modellen, die Aspekte der Arbeit als stressauslösend und somit gesundheitsgefährdend beschreiben und solchen, die die Arbeitslosigkeit und deren Auswirkungen auf die Gesundheit thematisieren. Beide Gruppen von Erklärungsmodellen begründen sich zumindest teilweise auf allgemeine Stress-Modelle wie das Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Launier (1981) oder das Salutogenese-Konzept nach

Antonovsky (1979). Sie könnten daher als spezifische, weil arbeitsbezogene, Stressmodelle bezeichnet werden.

Um eine adäquate Betreuung der Teilnehmer unserer Integrationsmaßnahme sicher zu stellen, ist es von Bedeutung zunächst die Hauptursachen der psychischen Erkrankungen zu erkennen. Neben den beiden Ursachen-Komplexen Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit kommen die Prädisposition für eine psychische Erkrankung sowie die teilweise traumatischen Erfahrung im privaten Bereich (Unfall, Kindheitserlebnisse u.a.) als Krankheitsursachen in Frage. Ganz im Sinne des Diathese-Stress-Modells erfolgt im Anschluss eine grafische Darstellung der Ursachen der zumeist psychischen Erkrankungen unserer Seminarteilnehmer mit ersten Hinweisen auf entsprechende sinnvolle Interventionsschwerpunkte.

2.1.1 Arbeit macht krank

Die Work-Life-Balance-Forschung befasst sich seit den 70-er Jahren mit möglichen negativen Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit durch arbeitende Tätigkeiten und dem fehlenden Ausgleich durch Familie und Freizeit (z.B. Ostner 1978). Zusammenfassend können innerhalb der arbeitspsychologischen Stressforschung fünf häufig zitierte Erklärungs-Modelle unterschieden werden:

Das **Anforderungs-Kontroll-Modell** (Karasek & Theorell 1990) setzt die Kontrolle über die Arbeitsaufgaben mit den psychischen Anforderungen einer Arbeitsstelle ins Verhältnis. So wird eine hoch ausgeprägte Kontrolle über die eigenen Arbeitsaufgaben als günstige Arbeitsbedingung angesehen, durch die trotz ansonsten hoher psychischer Anforderungen eine aktive und motivierende Arbeitsgrundlage geschaffen werden kann. Im Gegenzug führen selbst geringe psychische Anforderungen an eine Arbeitstätigkeit bei gleichzeitig niedriger Kontrollmöglichkeit über eigene Arbeitsabläufe zu einer passiven Arbeitsweise, die psychische und physische Beschwerden verursachen kann.

Das **Modell der beruflichen Gratifikationskrisen** (Siegrist, 1996) basiert auf der Annahme, dass das Erleben fortgesetzter psychomentaler und sozioemotionaler Beanspruchung am Arbeitsplatz ein Ergebnis der Diskrepanz zwischen hoher beruflicher Verausgabung (effort) und niedrigen Belohnungschancen (reward) ist. Die berufliche Verausgabung wird dabei als Produkt aus der objektiven Arbeitsanforderung und der individuellen Leistungsbereitschaft gesehen. Die Kombination von hohen Arbeitsanforderungen mit hoher Leistungsbereitschaft bei gleichzeitig begrenzter Gratifikation kann als Stressor bewertet werden, der vermittelt über die Aktivierung der Stressachsen die Entstehung von Krankheiten fördern kann.

Hochschild (2002) fand in ihrer Studie eines Groß-Unternehmens in den USA die Entwicklung einer Unternehmenskultur, die entsprechend des Modells der beruflichen Gratifikationskrisen ein Belohnungskonzept der Beschäftigten in Form von Anerkennung und Wertschätzung am Arbeitsplatz umsetzt. Dies führt nach Hochschild zu einer Verschiebung des Lebensmittelpunkts in Richtung Arbeitsplatz, an dem man sich wohl fühlt, während die Zeit mit der Familie zum Stress-Faktor wird. Allerdings greift diese Unternehmenskultur vornehmlich auf die höher qualifizierte Belegschaft.

AVEM

Entwickelt aus dem Salutogenesegedanken (Antonovsky 1979) und der gesundheits- und arbeitspsychologischen Ressourcenforschung entwickelte Schaarschmidt (2006) den Ansatz des Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters in Form eines diagnostischen Fragebogens. Ziel war die Extrahierung wesentlicher Einstellungen und Befindlichkeiten in Bezug auf Arbeit und Beruf. Faktoranalytisch entstanden die Dimensionen:

- Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit
- Beruflicher Ehrgeiz
- Verausgabungsbereitschaft
- Perfektionsstreben
- Distanzierungsfähigkeit
- Resignationstendenz bei Misserfolgen
- Offensive Problembewältigung
- Innere Ruhe und Ausgeglichenheit
- Erfolgserleben im Beruf
- Lebenszufriedenheit
- Erleben sozialer Unterstützung

die ihrerseits in vier Mustern arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens für jeden Getesteten als prozentuale Übereinstimmung des individuellen Profils abgebildet werden:

- **Muster G:** wird als Ausdruck von Gesundheit und als Hinweis auf ein gesundheitsförderliches Verhältnis gegenüber der Arbeit interpretiert. Es beinhaltet hohe Werte im beruflichen Ehrgeiz, mittlere bis leicht erhöhte Werte in der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben bei erhaltener Distanzierungsfähigkeit und niedriger Resignationstendenz und stark ausgeprägter offensiver Problembewältigung und innerer Ruhe und Ausgeglichenheit.

- **Muster S** bezieht sich auf ein Schonverhalten gegenüber der Arbeit mit geringer Ausprägung in der Bedeutsamkeit der Arbeit, dem beruflichen Ehrgeiz sowie der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben. Die Distanzierungsfähigkeit ist dabei am stärksten ausgeprägt. Gleichzeitig herrscht ein positives Lebensgefühl vor, das vermutlich außerhalb der Arbeit begründet liegt.
- **Risikomuster A** (abgeleitet aus dem vieldiskutierten Typ-A-Verhaltenskonzept nach Friedmann & Rosenmann 1974) ist durch ein überhöhtes Engagement sowie eine stark ausgeprägten Bedeutsamkeit der Arbeit gekennzeichnet. Es liegen Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben vor bei niedriger Distanzierungsfähigkeit und verminderter Widerstandsfähigkeit, worunter letztlich die Lebenszufriedenheit leidet was einer "Gratifikationskrise" mit großem Arbeitseinsatz und ausbleibendem Erleben von Anerkennung gemäß Siegrist entspricht.
- **Risikomuster B** (abgeleitet vom Burnout-Syndrom) setzt sich aus hoher Resignationstendenz, geringer Ausprägungen in der offensiven Problembewältigung, ausbleibendem Erfolgserleben im Beruf und genereller Lebensunzufriedenheit zusammen. Im Unterschied zum Muster S geht das verminderte Engagement nicht mit erhöhter, sondern mit eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit einher.

2.1.2 Arbeitslosigkeit macht krank

Das *Modell der manifesten und latenten Funktionen der Erwerbsarbeit* (Jahoda 1986) unterscheidet fünf latente Funktionen (im Gegensatz zu den manifesten Funktionen Produktion von Gütern und Dienstleistungen sowie Einkommenssicherung) der Erwerbsarbeit, deren gleichzeitige Erfüllung in der modernen gesellschaftlichen Struktur nur durch Arbeit gewährleistet wird und deren Fehlen zu negativen seelischen Effekten führt. Diese latenten Funktionen sind im Einzelnen die Tagesstrukturierung, soziale Kontakte, übergeordnete Ziele, die Schaffung von Identität sowie der Zwang zu Aktivität. Während gewisse Freizeitaktivitäten einen Teil dieser Funktionen wie z.B. soziale Kontakte und übergeordnete Ziele in Vereins- oder Kirchenarbeit beispielsweise als Ausübung eines Ehrenamts ebenfalls erfüllen können, leistet nach Jahoda allein die Arbeit einen gleichzeitigen Zugang zu allen Funktionen. Wie Moser (2007) berichtet konnten sich die Annahmen von Jahoda in zahlreichen Studien bestätigen mit dem Zusatz der Bedeutung des finanziellen Aspekts der Arbeit, der im Modell nur eingeschränkte Erwähnung findet, jedoch im nachfolgenden Vitamin-Modell als weiterer Umgebungsfaktor benannt wird.

Das **Vitamin-Modell** (Warr 1987) ist ebenso wie das von Jahoda beschriebene Modell ein Deprivationsmodell in dem neun Umgebungsfaktoren benannt werden, die die psychische Gesundheit im wesentlichen mitbestimmen und im Falle der Arbeitslosigkeit nur teilweise durch Freizeitaktivitäten abgedeckt werden können. Dies sind die Faktoren Möglichkeit der Kontrolle, Nutzung eigener Fähigkeiten, Zielsetzung, interpersonale Kontakte, Abwechslung, Transparenz der Umwelt, Verfügbarkeit von Geld, körperliche Sicherheit sowie die Möglichkeit eine wertvolle soziale Position zu erzielen. Zusätzlich wird postuliert, dass analog zum Einfluss biologischer Vitamine bestimmte Faktoren in ihrer Ausprägung ab einem bestimmten Schwellenwert das individuelle Wohlbefinden nicht mehr nennenswert bessern beziehungsweise bei sehr hohen Dosen auch schädlich wirken können (z.B. Möglichkeit der Kontrolle oder interpersonale Kontakte).

Die **Handlungsrestriktionstheorie** (Freyer & Payne 1986) fokussiert den proaktiv handelnden Menschen der danach strebt, sich selbst zu behaupten, Pläne zu machen und auszuführen und intrinsisch motiviert ist. Erwerbslosigkeit führt entgegen dieses Strebens zu reduzierten Handlungsspielräumen, finanziellen Restriktionen und insgesamt zu einer Frustrierung. Im Gegensatz zu Jahodas Modell postuliert Freyer jedoch die Möglichkeit des Individuums über einige Bereiche des Lebens Kontrolle auszuüben und anschließend weniger anfällig für Belastungen zu sein, während Jahoda strukturelle Bedingungen betont.

Die **Inkongruenzhypothese** (Paul & Moser 2006) sieht die Ursache für Stress und daraus resultierenden psychischen und körperlichen Erkrankungen in der Inkongruenz zwischen dem Wunsch nach Arbeit und dem Status der aktuellen Arbeitslosigkeit bei betroffenen Arbeitslosen. Diese Inkongruenz wird moderiert durch die Wichtigkeit der Arbeit des Individuums. Paul & Moser (2006) konnten ihre Hypothesen innerhalb einer Meta-Analyse weitgehend bestätigen.

In diesem Sinne scheint die Arbeitslosigkeit, insbesondere die Langzeitarbeitslosigkeit, der beste Nährboden für Stressreaktionen zu sein. Ähnlich beschreibt Kieselbach (1999) die Arbeitslosigkeit als Erfahrung für die Betroffenen, die einen psychosozialen Stressor darstellt, der durch seine Unkontrollierbarkeit eine eigenständige psychosoziale Belastung bewirkt. Mit verursacht werden diese Belastungen durch zumeist defensive Bewältigungsstrategien der Arbeitslosen sowie Schuldzuweisungen an die eigene Person (Selbstverachtung), die auf Fehlverhalten als Grund für die Erwerbslosigkeit fokussieren.

Ein Einfluss von Arbeitslosigkeit auf das psychische Wohlbefinden ist allein aus der Tatsache heraus anzunehmen, dass Wiederbeschäftigung allgemein – trotz der anfänglich neuen beruflichen Anforderungen in der ungewohnten Arbeitsumgebung – zu teilweise drastischen psychosozialen Belastungsverringerungen in den Dimensionen depressive Beschwerden, negative Alltagsstimmungen, Ängstlichkeit, Ärger und Gefühle von Einsamkeit führt (Kieselbach, Scharf & Klink, 1997).

2.1.3 Grafische Darstellung der Ursachen psychischer Erkrankungen der Maßnahmeteilnehmer

Die folgende grafische Darstellung der Ursachen psychischer Erkrankungen im Kontext der Arbeit unterscheidet ganz im Sinne des Diathese-Stress-Modells die Stressfaktoren Arbeit, Arbeitslosigkeit und sonstige Ereignisse als Umweltfaktoren von der jeweiligen Prädisposition eines Betroffenen. Es wird verdeutlicht, dass es einen gemeinsamen Kern sowohl von Diagnosen als auch von entsprechenden Interventionsmöglichkeiten gibt. Es können jedoch Unterscheidungen getroffen werden bezüglich der Ursache einer psychischen Erkrankung. Beim Burnout-Syndrom beispielsweise ist die vorherige Arbeitssituation verbunden mit einer speziellen Persönlichkeitsstruktur ursächlich für die Erkrankung, was ganz spezifische Interventionen verlangt, beispielsweise die Stärkung der Distanzierungsfähigkeit. Die Diagnose der Depression reicht also für die Ausarbeitung eines individuellen Förderplans nicht aus. Aus welchen Ursachenkomplexen setzt sich die jeweilige Depression zusammen? Kann eine Hauptursache benannt werden, um entsprechende Interventions-Schwerpunkte zu setzen?

Die Abbildung 2 versteht sich als grobe Übersicht, um die Problematik des Zusammenhangs von Ursachen psychischer Erkrankung und möglichen Interventionen zu verdeutlichen und erhebt keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit.

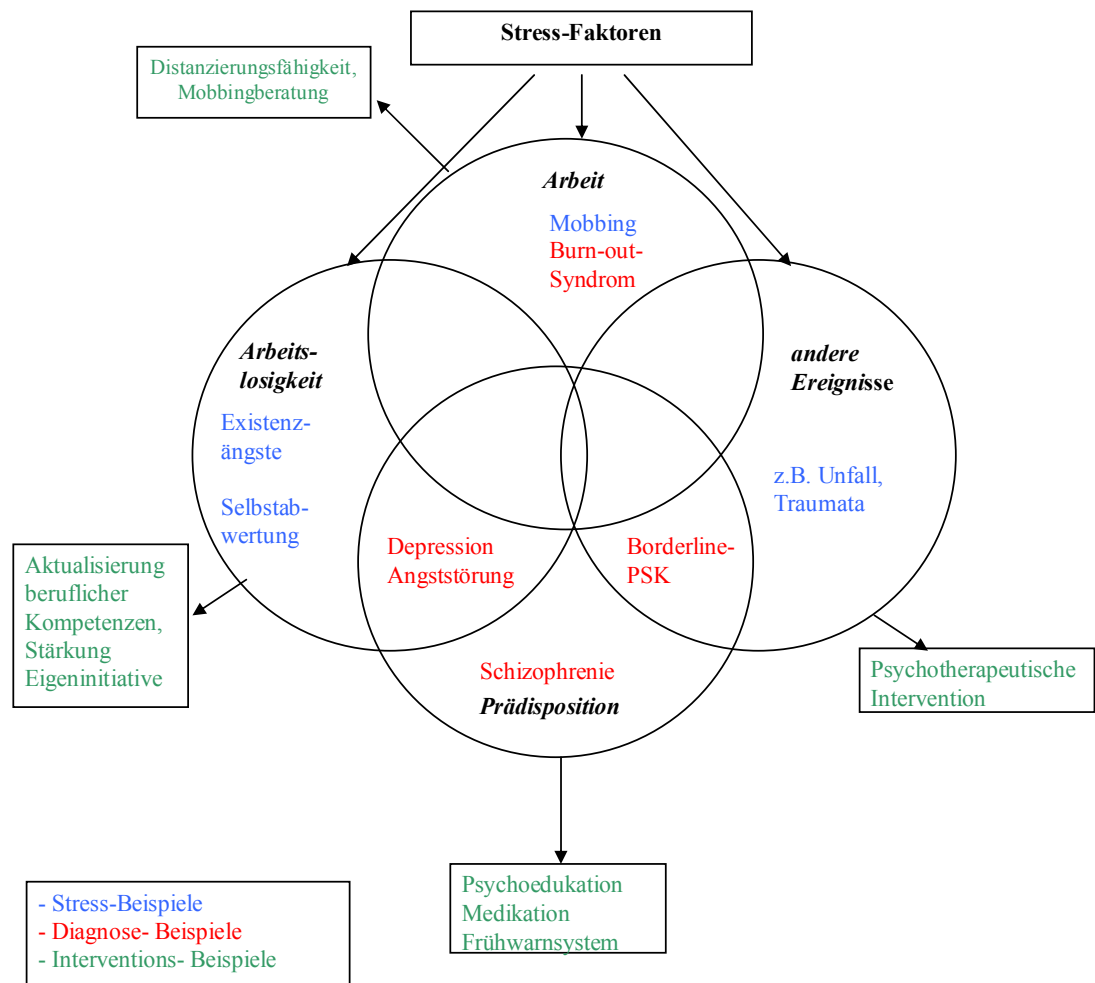


Abbildung 2: Ursachen Psychischer Erkrankungen im Fokus der Arbeit

Eine Intervention sollte folglich die positive Beeinflussung der genannten Faktoren beinhalten, um einerseits die psychische Stabilität zu steigern und damit gleichwohl die Wahrscheinlichkeit einer beruflichen Integration zu erhöhen.

2.2 Modelle zur Prädiktion erfolgreichen Handelns in Beruf und Privatleben

Die folgend dargestellten Modelle sind handlungs- bzw. zielplanungstheoretische Veranschaulichungen, die zur Vorhersage erfolgreichen beruflichen und privaten Handelns

herangezogen werden können. Sie stellen somit eine Verallgemeinerung verschiedener Handlungsprozesse dar, welche hier, in Ermangelung spezifischer Modelle, auf den Spezialfall der Suche nach einer geeigneten beruflichen Orientierung angewendet werden.

Bei der Auswahl der beschriebenen Modelle wurde auf die Fokussierung des handelnden Individuums geachtet, wodurch die Bedeutung individueller Handlungs- und Zielplanungsstrategien hervorgehoben wird. Dadurch gelingt die Übertragung der Modellinhalte auf verschiedene Interventionsmöglichkeiten und hat somit direkten praktischen Nutzen. Gleichzeitig können mögliche Prädiktoren herausgehoben werden, die aufgrund des beschriebenen Fokus vornehmlich in der Person des Betroffenen gefunden wurden.

In Ergänzung zu diesen direkt aus etablierten theoretischen Handlungsmodellen abgeleiteten Prädiktoren werden im Anschluss unter 3.3 empirisch belegte Prädiktionsvariablen dargestellt, die in theoretisch etablierten Modellen teilweise nicht aufgegriffen wurden, für eine Vorhersage jedoch bedeutsam sind.

Allgemeine handlungstheoretische Modelle

Die aktive Einflussnahme der Person auf ihre Umwelt gründet sich im Wesentlichen auf einige Basisfähigkeiten. Hierzu zählen die Fähigkeit zum symbolischen Denken, die Planungsfähigkeit, die Fähigkeit zum stellvertretenden Lernen sowie selbstregulatorische und selbstreflektive Fähigkeiten.

Nach der **sozial-kognitiven Theorie** Banduras (1997) werden Verhaltensänderungen unter anderem durch die Erwartung zukünftiger persönlicher Wirksamkeit vermittelt. Die Überzeugung, für bestimmte Anforderungssituationen über ausreichende Bewältigungsressourcen zu verfügen, wird als Selbstwirksamkeitserwartung oder Kompetenzerwartung bezeichnet.

Selbstwirksamkeitserwartungen bilden ein dynamisches und differenziertes System selbstbezogener Kognitionen und lassen sich entweder eher als bereichsspezifische oder eher als generalisierte Selbstwirksamkeitserwartungen fassen, je nachdem wie breit die Anforderungssituation definiert ist.

Zielsetzungstheorie (Locke & Latham 1990)

Handlungen werden in dieser Theorie vor allem durch Zielanreize in Gang gesetzt und gesteuert. Es werden Merkmale formuliert, die ein Handlungsziel haben muss, um erfolgreich

in die Tat umgesetzt zu werden. In zahlreichen empirischen Untersuchungen konnte belegt werden, dass

- 1) Herausfordernde, schwierige Ziele zu besseren Leistungen führen als leichte oder mittelschwere Ziele.
- 2) Dabei sollten die herausfordernden schwierigen Ziele spezifisch bzw. konkret und nach Möglichkeit nicht abstrakt ("Tun Sie Ihr Bestes") formuliert sein, um einen leistungssteigernden Effekt zu erzielen.

Nach Locke & Latham (1990) sind wesentliche Moderatoren zwischen Zielen und Leistung – neben Fähigkeiten und situativen Bedingungen – vor allem Zielbindung ("commitment"), Selbstwirksamkeitserwartung, Feedback und Aufgabenkomplexität. Komplexe Aufgaben erfordern elaborierte Pläne und Strategien zur Bearbeitung, so dass die Leistung sehr stark von der Qualität dieser Pläne und Strategien abhängt (Wood & Locke, 1990). Letztlich führt die Zielerreichung zur Zufriedenheit.

Insgesamt gesehen stimmten die zentralen Annahmen von Locke und Latham (1990) weitgehend mit Banduras kognitivem Selbstregulationsmodell überein.

Handlungsmodelle im Kontext der Arbeit

Abeles handlungspsychologisches **Modell der beruflichen Laufbahnentwicklung** (2002) besteht aus zwei Teilmodellen, wobei hier das **Rahmenmodell der Lebensplanung in Beruf und Privatleben** näher beleuchtet werden wird, während das **Modell des doppelten Einflusses vom Geschlecht** nur zur Vollständigkeit genannt werden soll.

Das Rahmenmodell der Lebensplanung in Beruf und Privatleben verfolgt einen interaktionistischen Ansatz, in dem Person und Umwelt in enger Wechselwirkung stehen und auf die berufliche Entwicklung einer Person Einfluss nehmen. Es stellt die aktive Rolle des Individuums in den Mittelpunkt und orientiert sich mit seiner Begrifflichkeit der Erwartungen insbesondere der Selbstwirksamkeitserwartung als Bindeglied zwischen prinzipiell möglichen und tatsächlich ausgeführten Handlungen am Modell der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (Abele 2002). Es wird postuliert, dass Erwartungen und Ziele das Handeln beeinflussen, welches wiederum seinerseits die Handlungsergebnisse wie beruflichen Erfolg, Zufriedenheit, Wohlbefinden und Gesundheit bestimmt. Erwartungen und Ziele, Handeln und Handlungsergebnisse unterliegen außerdem Einflüssen von den Variablen der Person und der Umwelt. Durch Rückwirkungsschleifen von den Handlungsergebnissen zu den Personen- und Umweltfaktoren hypothesisiert das Modell zudem einen Einfluss der beruflichen Entwicklung, des Erfolgs und der Zufriedenheit auf die Person sowie auf die Umwelt.

In einer Längsschnittstudie zur Beruflichen Laufbahnentwicklung von Akademikerinnen und Akademikern (BELA-E) konnten einige Modellannahmen, wie der Einfluss von Personenvariablen (Absolventen mit hohen Fähigkeiten...) auf Erwartungen und Ziele (...haben hohe Selbstwirksamkeitserwartungen und Handlungsergebniserwartungen.) sowie der Einfluss von Umweltbedingungen (Absolventen von Fächern mit schlechten Arbeitsmarktchancen...) auf Erwartungen und Ziele (...haben niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen.) bestätigt werden. Ebenso zeigt eine positive Korrelation zwischen beruflicher Selbstwirksamkeit und Bewerbungsaktivitäten, dass die Erwartungen und Ziele einer Person ihre Handlungen beeinflussen (Abele 2004).

Das *Funktionsmodell der Eigeninitiative* (Frese et. al. 2002) postuliert im Sinne des reziproken Determinismus eine gegenseitige Beeinflussung der Faktoren Selbstregulation, Orientierungen und Assertives Verhalten durch die Eigeninitiative.

Dabei zählen zu den leistungsthematischen, langfristigen und handlungswirksamen *Orientierungen* die Kontrollerwartung, die Selbstwirksamkeit, die Veränderungsbereitschaft, die Verantwortungsbereitschaft sowie das Kontrollbewusstsein bei Entscheidungen.

Das *Assertive Verhalten* meint die Fähigkeit Forderungen zu stellen und durchzusetzen und auch mit Fehlern adäquat umgehen zu können.

Die *Selbstregulation* entspricht der Fähigkeit, sich selbst Ziele zu setzen und diese über sich verändernde Umstände hinweg und trotz zwischenzeitlicher Misserfolge weiter zu verfolgen.

Angelehnt an bereits bestehende miteinander verwandte Trainingskonzepte versuchten Frese et. al. (2002) innerhalb eines Pilotversuchs durch positive Beeinflussung der geschilderten Bereiche, die Eigeninitiative von Arbeitslosen zu erhöhen, die wiederum als Erfolgsindikator für das Finden einer neuen Arbeitsstelle angesehen wird.

2.3 Ableitung von Seminarinhalten

Auch wenn die Seminarinhalte ursprünglich nicht aus einer Modell-Betrachtung abgeleitet worden sind, so können doch zahlreiche Thematiken durch die aufgeführten Modelle zumindest untermauert werden:

Die Interaktion von Person um Umwelt bzw. von Personenmerkmalen wie Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit sowie Qualifikation und den wechselnden Herausforderungen eines Praktikumsplatzes mit entsprechenden positiven und negativen Erfahrungen, ist Grundvoraussetzung für einen Entwicklungsprozess innerhalb der Maßnahme. Jedes

Praktikum stellt den Seminarteilnehmer vor eine neue, sehr komplexe Situation, die, gerade zu Maßnahmebeginn, schwierig zu meistern ist. Aufgabe der Seminarinhalte ist die Aufarbeitung der gesammelten Erfahrungen, die Uminterpretierung von erlebten Misserfolgen in wichtige zukünftige Anhaltspunkte bzw. die Bewusstmachung und Registrierung positiver Rückmeldungen für die Entwicklung eines realistischen Selbstbewusstseins. Es erfolgt eine prozessartige berufliche Orientierungsphase, die es den Seminarteilnehmern erlaubt, ihre beruflichen Fähigkeiten am realistischen Arbeitsmarkt stetig abzugleichen, berufliche zunächst grobe Ideen zu konkretisieren und zu differenzieren und sich letztlich der eigenen Fähigkeiten aber auch der eigenen Grenzen bewusst zu werden. Die Fähigkeit zur Selbstregulation der Teilnehmer ist häufig unter anderem durch lange Arbeitslosigkeitsphasen unbefriedigend, um berufliche Ideen zu entwickeln bzw. in die Tat umzusetzen. Entsprechend versteht sich die Integrationsmaßnahme als notwendige Antriebsfeder für die Handlungsinitiierung und gleichzeitig als doppelter Boden für Misserfolgserlebnisse und gesundheitliche Rückschläge.

Entsprechend des Modells der manifesten und latenten Funktionen der Erwerbsarbeit (Jahoda 1986) erfüllt die Integrationsmaßnahme latente Funktionen, die im Modell allein durch Arbeit geleistet werden können wie Tagesstrukturierung, soziale Kontakte und der Zwang zur Aktivität.

Eines der wichtigsten und stetig fortlaufenden Module ist die Ziel- und Perspektivplanung. Entsprechend dem Vitamin-Modell nach Warr (1987) lernen die Teilnehmer sich herausfordernde, spezifische und konkrete Ziele zu setzen. Dabei stellt das Ziel der Beruflichen Integration eine besonders komplexe Aufgabe dar, die elaborierte Pläne und Strategien zur Bearbeitung erforderlich macht (Zielsetzungstheorie Locke & Latham 1990). Häufig werden insbesondere bei der Suche nach geeigneten Praktikumsplätzen Misserfolge erlebt. Die Barriereplanung unterstützt die Teilnehmer bei der Weiterverfolgung gesetzter Ziele trotz Schwierigkeiten und zeitlicher Verzögerungen (Funktionsmodell der Eigeninitiative, Frese et. al. 2002). Die im Zusammenhang der Anwendung des Funktionsmodells der Eigeninitiative bei Arbeitslosen genannten Schlagworte verschiedener Seminarthemen wie Selbstsicherheitstraining, Stressbewältigungstraining, Entspannung, soziales Kompetenztraining oder Kommunikationstraining besitzen als gemeinsame Zielkomponente die Erhöhung der Selbstregulation und damit die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung.

2.4 Prädiktoren der beruflichen Integration aus der angewandten Forschung

2.4.1 Prädiktoren der Beruflichen Integration psychisch Beeinträchtigter

Untersuchungen zur beruflichen Integration psychisch beeinträchtigter Menschen waren bis vor wenigen Jahren die Ausnahme. Mit der bereits beschriebenen Zunahme psychischer Erkrankungen und den daraus resultierenden Kosten in der medizinischen und sozialen Versorgung, nahmen diesbezügliche Studien zu. Häufig handelte es sich hierbei um die Beschreibung und Evaluation von Modellprojekten.

Im Folgenden soll ein Überblick über mögliche Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Integration psychisch Beeinträchtigter gegeben werden.

Grundsätzlich werden zwei Untersuchungsansätze unterschieden, zum einen wird die Wirksamkeit beruflicher Rehabilitation im Sinne einer Maßnahmeevaluation überprüft, zum anderen haben Studien zum Ziel, prognostisch relevante Faktoren des Rehabilitationserfolges zu identifizieren (Watzke et al. 2005). Beide Forschungszweige sind eng miteinander verbunden.

Das Hauptkriterium bisheriger Untersuchungen stellte die Wiedereingliederungsquote psychisch Kranker in den allgemeinen Arbeitsmarkt dar. Da sich unter den aktuellen arbeitsmarktpolitischen Voraussetzungen eine Integration in Arbeitsverhältnisse des ersten Arbeitsmarktes durchaus als "seltenes Ereignis" klassifizieren lässt, scheint es sinnvoll, den wissenschaftlichen Fokus verstärkt auf andere, gut operationalisierbare Erfolgskriterien beruflicher Rehabilitation zu richten (Watzke et al. 2005).

Während ein Teil der nachfolgend zitierten Autoren die berufliche Integration als Operationalisierung für den Rehabilitationserfolg verwendet (Ciompi et. al. 1978, Reker & Enkelmann 1999), setzten andere Autoren auf individuellere Erfolgsindikatoren wie das Durchhalten der Rehabilitationsmaßnahme und anschließende Erhaltung des Arbeitsplatzes (Hoffmann et. al. 2000) sowie die Arbeitsfähigkeit (Watzke et al. 2005). Ein von Galvao et. al. (2005) angewandtes Kriterium für den Rehabilitationserfolg liegt in der "objektiv erwarteten Beschäftigungssituation".

Abgesehen von der Operationalisierung der Erfolgskriterien finden sich unter dem Oberbegriff "Psychisch Kranke" recht differenzierte Stichproben bezüglich der psychischen Diagnose. Während sich ein Großteil der dargestellten Studien mit dem Diagnose-Schwerpunkt Schizophrenie beschäftigt (Hoffmann et al 2000, Mc Gurk et al. 2003, Richter et

al. 2004), legen andere Autoren den Fokus auf psychiatrische Erkrankungen im Allgemeinen (Galvao et al. 2005, Watzke et al. 2005, Reker & Eikermann 2004).

Demographische Variablen:

Bezüglich des **Geschlechts** wird weiblichen Personen eine eher niedrigere Integrationsprognose voraus gesagt (Brixy et. al. 2002, Rolle & van Suntum 1997, Abele & Stief 2001, Schultz-Gambard & Balz 1988, Rüesch et. al. 2002), einerseits wegen veränderter familiärer Rollengestaltungen und dadurch geringerer Motivation, dem Arbeitsmarkt vollständig zur Verfügung zu stehen, andererseits aber auch aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen im Zuge der Wiedervereinigung trotz hoher Qualifikation von Frauen. In einigen Untersuchungen zur beruflichen Integration psychisch Beeinträchtigter zeigte sich jedoch, dass weibliche Teilnehmer in Rehabilitationsprogrammen eine höhere Erfolgsrate aufwiesen als ihre männlichen Kollegen (Rogers et al. 1997, Frühwald et al. 2006).

Alter: Während einige Autoren darauf hinweisen, dass Teilnehmer mit besserem Rehabilitationsergebnis signifikant jünger waren (Galvao et. al. 2005, Michon et al. 2005), zeigte sich in den Untersuchungen von Bell et al. (2005), dass über 50-jährige Patienten zumindest gleichviel Nutzen aus der Teilnahme an einem arbeitsrehabilitativen Programm ziehen konnten wie ihre jüngeren Kollegen.

Familienstand: Verheiratete Patienten bzw. Patienten, die in einer Partnerschaft lebten, fanden leichter Arbeit bzw. wiesen bessere Ergebnisse in der Arbeitsrehabilitation auf (Rogers et al. 1997, Watzke et al. 2005).

Qualifikation:

Die Mehrheit der Autoren beschreibt die **Schulbildung** bzw. den Bildungsgrad als Einflussfaktor auf die berufliche Integration psychisch beeinträchtigter Menschen (Galvao et. al. 2005, Ciompi et. al. 1978, Watzke et. al. 2005, Rüesch et. al. 2002).

Das **Ausbildungsniveau** wird teilweise als signifikanter Prädiktor für den Reha-Erfolg angesehen (Twamley et. al. 2005), teilweise konnte jedoch kein Zusammenhang zwischen Ausbildung und Reha-Erfolg nachgewiesen werden (Suslow et al. 2000).

Biographische Faktoren:

Die **beruflichen Vorerfahrungen** (Galvao et. al. 2005, Rüesch et. al. 2002) bzw. die berufliche Vergangenheit (Anthony & Jansen 1984) werden bei entsprechender Ausprägung als integrationsförderlich für psychisch Kranke beschrieben.

Die **Dauer der vorangegangener Arbeitslosigkeit** wird von einigen Autoren (Galvao et. al. 2005; Mc Gurk et al. 2003; Frühwald et al. 2006) als signifikantes Kriterium für den Rehabilitationserfolg beschrieben, dagegen konnten Hoffmann et al. (2000) keinen

signifikanten Zusammenhang zwischen vorangegangener Arbeitstätigkeit und Rehabilitationsergebnis ermitteln. Die **Dauer vorangegangener Hospitalisierung** beschreiben Rüesch et. al. (2002) als signifikantes Negativkriterium der beruflichen Integration.

Diagnose:

Bei Betrachtung der verschiedenen psychischen Diagnosen und der entsprechenden Symptomatik erstaunt es, dass ein großer Teil der Studien keine wesentlichen Zusammenhänge zum Integrationserfolg nachweisen konnte (Galvao et al. 2005; Rogers et al. 1997).

Rüesch et al. (2002) wiesen einen solchen Zusammenhang mit der gestellten psychischen Diagnose nach. Innerhalb von **Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis** wurden Belege erbracht, nach denen Erkrankte aus dem schizophrenen Formenkreis schlechter beruflich integriert werden konnten als Erkrankte mit anderen psychischen Diagnosen wie z.B. Persönlichkeitsstörungen (Fabian 1992; Jacobs et al. 1992). Die **Negativsymptomatik** erwies sich hierbei im Gegensatz zur **Positivsymptomatik** als bedeutsamerer Einflussfaktor, der gegen eine berufliche Integration spricht (Mc Gurke et al. 2003; Richter et al. 2004; Suslow et al. 2000).

kognitive Fähigkeiten:

Insgesamt kann von einem Einfluss kognitiver Fähigkeiten auf die berufliche Integration ausgegangen werden, auch wenn diese recht unterschiedlich gemessen wurden. Nach einer Übersicht von Ciompi et al. (1978) wirkt sich ein gutes **Intelligenzniveau** auf die berufliche Integration positiv aus. Insbesondere für den Personenkreis der Schizophrenie-Erkrankten wurden außerdem die **Konzentrations- bzw. Aufmerksamkeitsleistung** (Watzke et al. 2005, Richter et al. 2004, Hoffmann et al. 2003) und das **Gedächtnis** (Richter et al. 2004, Mc Gurk 2003) als wesentliche kognitive Fähigkeiten für eine berufliche Integration beschrieben.

Innerhalb der **persönlichen Ressourcen** erscheint es sinnvoll eine Trennung zwischen typischen beruflichen persönlichen Ressourcen und sonstigen persönlichen Ressourcen vorzunehmen.

berufliche persönliche Ressourcen:

Berufliche Schlüsselqualifikationen wurden von Rüesch et al. (2002) allgemein als günstige Faktoren für eine spätere berufliche Integration beschrieben. Nach Gerdes (2004) stellen Problemlösefähigkeit, Konfliktfähigkeit und Flexibilität konkrete Schlüsselqualifikationen für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation dar. Negativ formuliert stellen Reker & Eikermann (1999) Unflexibilität und Langsamkeit als integrationserschwerend dar.

andere persönliche Ressourcen:

Optimistische Zukunftserwartungen im Sinne einer erfolgreichen beruflichen Integration steigern die Wahrscheinlichkeit für selbige (Ciompi et al. 1978 Übersicht, Reker & Eikelmann 1999). Verbunden hiermit ist eine entsprechend hohe Motivation bei der Suche nach Arbeit mit Eigeninitiative bzw. Engagement, die integrationsfördernd wirkt (Mueser et al 2001, Mecklenburg 1999). Hierbei spezifizieren Mohr & Richter (2008) eine mittlere Arbeitsorientierung als positiver sowohl für die psychische Befindlichkeit als auch für die Wiedervermittlungschancen im Vergleich zu einer sehr hohen Arbeitsorientierung.

Ein Zusammenhang zwischen der Kontrollüberzeugung im Sinne einer Erwartung an die eigene Kompetenz der Einflussnahme auf äußere Bedingungen (Selbstwirksamkeitserwartung) und einer erfolgreichen beruflichen Rehabilitation wurde von mehreren Autoren gefunden (Regenold et al 1999, Hoffmann et al. 2003).

Gerdes (2004) beschreibt das Selbstvertrauen, das Vertrauen in die Kompetenz, Schwierigkeiten zu beheben und die Fähigkeit, Distanz zur Arbeit aufzubauen als entscheidende persönliche Ressourcen für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation. Die subjektive Stresstoleranz wird von Reker & Eikelmann (1999) als Einflussfaktor der beruflichen Rehabilitation beschrieben.

Situative Bedingungen (allgemeine Erkenntnisse, nicht spezifisch für psychisch Beeinträchtigte)

Finanzen

Eine finanzielle Absicherung verringert nicht nur die existentiellen Belastungen als Folge von Arbeitslosigkeit, sondern auch die Bemühungen, wieder Arbeit zu finden. So zumindest schildern Rolle und van Suntum (1997), dass die Höhe der Unterstützungsleistung einen negativen Einfluss auf den Anreiz für die Aufnahme einer Arbeit habe. Dies treffe besonders für Sozialhilfeempfänger zu, deren Grenzbelastung (d.h. die Belastung einer hinzuverdienten Mark durch Steuern und Abgaben) 85 – 100 Prozent betrage. Aufgrund des geringen Anreizes, eine niedrig entlohnte Stelle anzunehmen, sei hier von der so genannten „Armutsfalle“ die Rede. Die Folge sei, dass knapp ein Drittel der Sozialhilfeempfänger eine zumutbare Arbeit abgelehnt habe.

Auch im IAB Kurzbericht 04/2003 (Hollederer, 2003) wird angenommen, dass eine großzügige Arbeitslosenunterstützung den „Anspruchslohn“ erhöhen kann. In diesem Fall verlängert sich die Dauer der Arbeitslosigkeit, was wiederum zu ihrer Verfestigung führen kann.

Verschuldung

Kuhnert (2000) beschreibt innerhalb seiner DFLA-Studie ein hohes Verarmungsrisiko bei Langzeitarbeitslosen. Nur 14,3% der von ihm befragten Arbeitslosen haben „keine Schwierigkeiten mit dem Geld auszukommen“ und nur 25,9% keine Schulden. Die deutlich größte Gruppe (46,9%) bezeichnet sich als „hoch bis sehr hoch“ verschuldet und 53,9% fühlen sich stark bis sehr stark dadurch belastet, was auf einen zentralen Distressfaktor verweist. Auch im IAB Kurzbericht (Hollederer, 2003) wird erwähnt, dass mehr als ein Drittel der Arbeitslosen Geldschulden angibt.

Einen Einfluss der sich verschlechternden finanziellen Situation Arbeitsloser auf die psychische Gesundheit konnte von einer Anzahl Autoren festgestellt werden. So berichtet Kuhnert (2000), dass Langzeitarbeitslose, die ihre finanzielle Lage als „bedrohlich“ und „sehr bedrohlich“ empfinden, vermehrt unter Stressoren leiden und ihre Lebenssituation schlechter bewältigen. Ähnlich ergeben sich in einer Untersuchung von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel (Jahoda, 1986) signifikante Korrelationen zwischen Depressivität und Bitterkeit auf der einen und finanziellen Problemen auf der anderen Seite. Kasperek und Koop (1991) nehmen an, dass finanzielle Deprivation und die psychosozialen Belastungen bei anhaltender Arbeitslosigkeit sowie Zweifel an den beruflichen Kompetenzen das Selbstwertgefühl und die Leistungsmotivation des Arbeitslosen beeinträchtigen.

Ökonomische Bedingungen / Arbeitsmarkt

Morgan und Cheadle stellten schon 1975 fest, dass die berufliche Integration maßgeblich von gesellschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Gegebenheiten beeinflusst wird. Sie postulierten eine deutlich erschwerte Vermittlung psychisch kranker Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bereits bei einer Arbeitslosenquote von über 2% und hielten selbige bei einer Arbeitslosenquote von über 6% für praktisch unmöglich.

Die Bereitschaft der Betriebe, psychisch kranke Menschen einzustellen, hängt von der allgemeinen Konjunkturlage, dem Ausmaß der Arbeitslosigkeit, tarif- und lohnpolitischen Rahmenbedingungen, dem Geschäftsgang des betreffenden Betriebes, und staatlichen Auflagen bzw. Fördermaßnahmen wie Gewährung von Subventionen und Steuererleichterungen etc. ab (Hoffmann, 2004).

2.4.2 Ableitung einer Prädiktoren-Übersicht

In der folgend dargestellten Abbildung 3: „Prädiktoren-Übersicht berufliche Integration“ wurden einerseits die oben beschriebenen Einflussfaktoren der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker aufgenommen, andererseits wurde die in der REHAaktiv darr GmbH durchgeführte Integrationsmaßnahme dargestellt, um mögliche Schnittstellen zu identifizieren. Die Kategorien der Einflussfaktoren wurden weitgehend dem Kapitel 2.4.1 entnommen, so dass eine Einteilung in Demographische Variablen, Biographische Faktoren, Qualifikation, Kognitive Faktoren, Situative Bedingungen und Persönliche Ressourcen vorgenommen wurde. Die Berufserfahrungen wurden aufgeführt allerdings weiß markiert, da sie nicht erhoben werden konnten.

Von den Persönlichen Ressourcen wird angenommen, dass sie durch die Maßnahme beeinflussbar sind, weshalb sie den dargestellten Maßnahmeblock überschneiden. Innerhalb der Maßnahme wurden die Praktika und Seminare als Blöcke dargestellt, ebenso die empfundene Unterstützung der Maßnahmeteilnehmer bezüglich der Mitarbeiter der REHAaktiv darr GmbH.

Der schwer messbare Einfluss der Ökonomischen Bedingungen wurde in Form eines Pfeils dargestellt, der über den gesamten Maßnahmezeitraum und darüber hinaus wirkt.

Parallel hierzu wurde der Einfluss der Gesundheitlichen Stabilität veranschaulicht. Die Prädiktoren der Gesundheitlichen Stabilität werden separat im Kapitel 2.5 diskutiert.

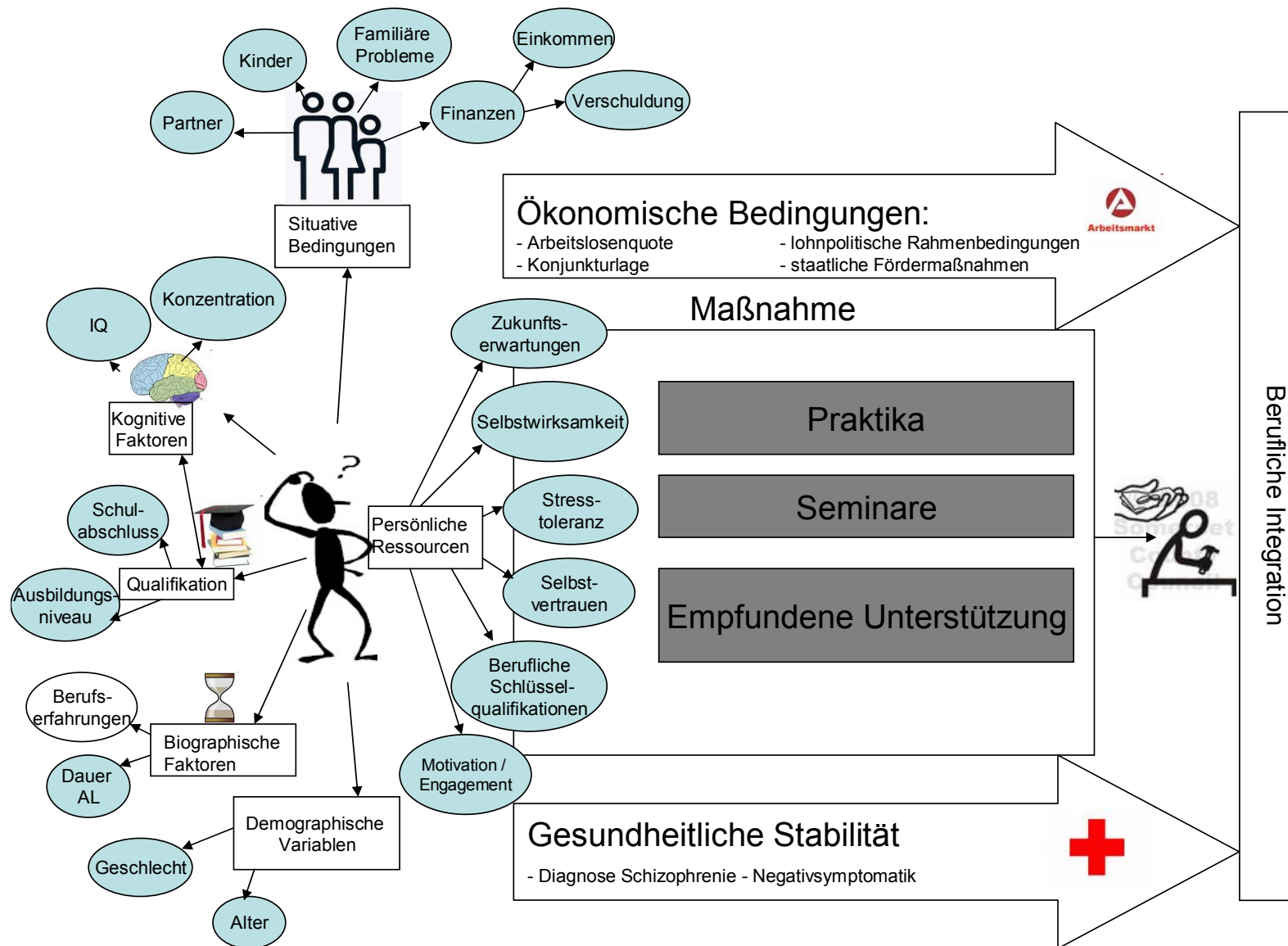


Abbildung 3: Prädiktoren-Übersicht "Berufliche Integration"

2.4.3 Interaktionsmodell

Da in der oben dargestellten Prädiktoren-Übersicht keine Interaktionen dargestellt werden konnten, die für die Arbeit mit den Betroffenen von besonderer Bedeutung sind, wurde in der Abbildung 4: „Interaktionsmodell der Beruflichen Integration“ der Fokus auf die komplexen Prozesse um die Bildung der beruflichen Ziele während der Integrationsmaßnahme gelegt. Damit wird den zielplanungstheoretischen Modellen die unter 3.2 beschrieben wurden, Rechnung getragen.

Die beruflichen Voraussetzungen eines Seminarteilnehmers beinhalten ein Zusammenspiel zwischen vorangegangenen beruflichen Qualifikationen, den Berufserfahrungen und den Einschränkungen durch festgestellte Berufsunfähigkeit beziehungsweise Inhalten des positiven / negativen Leistungsbildes der medizinischen Gutachten. Eine hohe Qualifikation ohne Berufserfahrung stellt die Betroffenen ebenso vor Orientierungsprobleme wie eine langjährige Berufserfahrung mit einer festgestellten Berufsunfähigkeit im bisher ausgeübten Tätigkeitsbereich. Nicht selten stellen sich die Betroffenen bei Offenbarung ihres negativen Leistungsbildes die Frage, was sie denn dann überhaupt noch machen können. Konfrontiert mit den vorhandenen Defiziten fehlt der Blick für vorhandene Möglichkeiten. In jedem Fall ist von einer Wirkung der beruflichen Voraussetzungen auf das Selbstkonzept sowie die Selbstwirksamkeit, in diesem Fall entsprechend Bandura 1997 bereichsspezifisch für die berufliche Kompetenz, auszugehen.

Vermittelt über das Selbstkonzept und die Selbstwirksamkeit wirken die beruflichen Voraussetzungen auf die beruflichen Ziele. In einigen, eher seltenen Fällen, beispielsweise bei einer vorangegangenen Ausbildung beim BFW, steht die berufliche Richtung fest und sprechen auch keine Faktoren gegen eine Tätigkeitsaufnahme in der angestrebten beruflichen Richtung. Es fehlt lediglich die berufliche Praxis. In den meisten Fällen ist jedoch von einer beruflichen Neu-Orientierung auszugehen, da der bisherige Tätigkeitsbereich aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen ausgeschlossen wurde. In diesen Fällen liegen häufig nur sehr eingeschränkte oder gar keine beruflichen Ziele vor, vermittelt durch ein deutlich herabgesetztes Selbstkonzept und der, durch das negative Leistungsbild objektivierten, Meinung "zu nichts mehr Nütze" zu sein.

Entsprechend des Rahmenmodells der Lebensplanung in Beruf und Privatleben (Able 2004) wird also angenommen, dass Erwartungen (Selbstwirksamkeitserwartung) und Ziele (berufliche Ziele) das Handeln (Eigeninitiative bei Praktikumssuche) beeinflussen, welches wiederum seinerseits die Handlungsergebnisse (Praktikumserfahrungen als Zwischenergebnis) bestimmt.

Während der Integrationsmaßnahme werden nun zwei wesentliche Prozesse aktiv:

Die **Praktika-Rückwirkungsschleife** beinhaltet die fortwährende Anpassung der beruflichen Ziele aufgrund der gesammelten Praktikumserfahrungen. Im Falle einer positiven Praktikumserfahrung werden berufliche Vorstellungen und Ideen konkretisiert und das Selbstkonzept und damit die Selbstwirksamkeit gestärkt. Eine realistische berufliche Orientierung erhöht die Motivation das gesetzte berufliche Ziel weiterzuverfolgen und damit die Handlungsaktivität des Betroffenen. Die Praktikumserfahrungen vermitteln außerdem Kompetenzen und Fähigkeiten in Berufsbereichen, die vorher unter Umständen völlig fremd waren. Diese Wirkung wurde in Form einer gestrichelten Linie dargestellt, da sich genau genommen nicht die Berufserfahrungen ändern sondern eine Erweiterung beruflicher Fähigkeiten vollzogen wird.

Wurde eine eher negative Praktikumserfahrung gemacht, wirkt sich dies zumeist auch negativ auf Selbstkonzept und Selbstwirksamkeit aus. Die beruflichen Ziele müssen neu überdacht werden, was letztlich zwar ebenfalls einer Anpassung an den Allgemeinen Arbeitsmarkt entspricht und daher auch positiv zu werten ist, jedoch häufig mit einer herabgesetzten Eigeninitiative aufgrund von Frustration und Selbstwertzweifeln einhergeht.

An dieser Stelle setzt die **Wirkung der Mitarbeiter** vermittelt über Seminarinhalte, Einzelgespräche und Praktikumsbesuche ein. Eine von den Betroffenen individuell empfundene gute Unterstützung durch die Mitarbeiter wirkt im Vorfeld bereits auf die beruflichen Ziele durch gemeinsame Ideen-Suche und Hinweise auf die Realitäten des Arbeitsmarktes. Negative Praktikumserfahrungen können durch eine vorangegangene gute Praktikumsbetreuung abgepuffert und relativiert werden. Akute Krisen-Interventionen, die Aufarbeitung von Praktikumsituationen und konkrete Hinweise für zukünftige Verhaltensmöglichkeiten in ähnlichen Situationen senken Frustrationsgefühle und erhöhen Engagement und Eigeninitiative. Werden die Mitarbeiter jedoch als wenig unterstützend erlebt, entfallen diese Möglichkeiten der Abpufferung von Frustrationserlebnissen und Setzung angepasster Ziele.

Die individuelle Bedeutung von Arbeit für den Betroffenen wirkt parallel zu den beschriebenen Prozessen auf die Eigeninitiative und auf die Entwicklung eines Plans zur beruflichen Orientierung. Vermutet wird außerdem eine Wechselwirkung zwischen der gesammelten Praktikumserfahrungen und der Bedeutung der Arbeit.

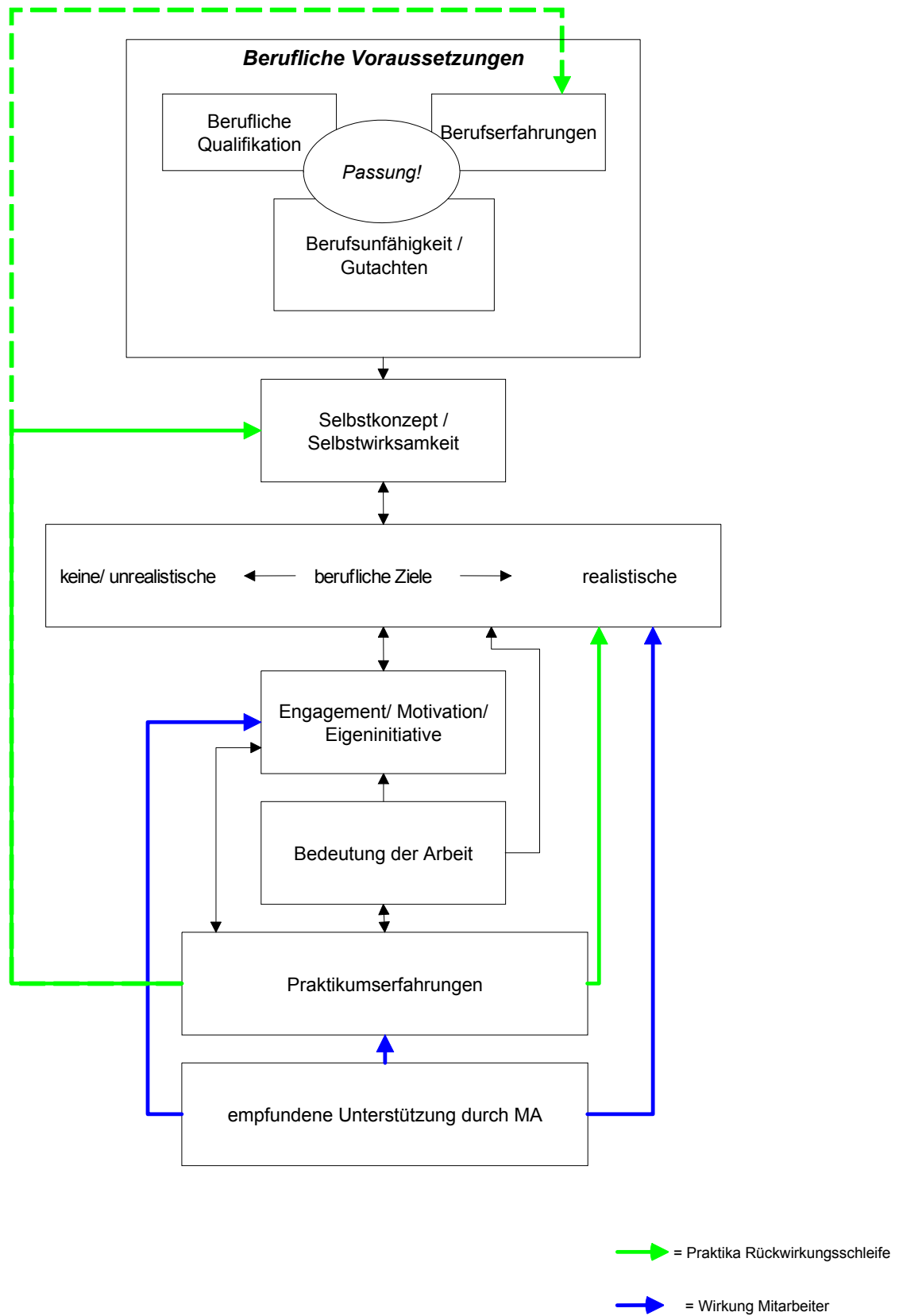


Abbildung 4: Interaktionsmodell "Berufliche Integration"

2.5 Prädiktoren des Abbruchs einer Maßnahme

Eine Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation ist oft nicht nur eine Chance für Betroffene sich dem Thema „Arbeit“ wieder schrittweise zu nähern sondern stellt auch einen gesellschaftlichen Kostenfaktor dar. Der Abbruch einer staatlich finanzierten Rehabilitationsmaßnahme ist somit ein unbefriedigendes Ergebnis, ganz besonders wenn eine unzureichende gesundheitliche Stabilität zum Abbruch führt. Werden Teilnehmer überfordert oder ist der Zeitpunkt der beruflichen Rehabilitation nach durchlebter Krankheitsphase zu spät oder auch zu früh gewählt? Was sind die Gründe eines Maßnahmeabbruchs und wie kann er verhindert werden? Das sind Fragen, die sich jeder Maßnahmeanbieter und jeder entsprechende Kostenträger immer wieder stellt. „Ein Maßnahmeabbruch führt angesichts niedriger Beschäftigungsquoten nicht rehabilitierter psychisch Kranker und der angespannten allgemeinen Arbeitsmarktsituation in der Regel zur Beschäftigungslosigkeit und erschwert die erfolgreiche Wiedereingliederung in die Gesellschaft.“(Watzke, 2006)

Gründe genug, um den Versuch zu wagen, ein Modell für das Abbrechen einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme zu entwickeln. Die eher spärlichen Ergebnisse der Literaturrecherche zu Prädiktoren des Maßnahmeabbruchs lässt dieses Unterfangen allerdings etwas schwierig erscheinen.

Diagnosen

Watzke (2006) schildert die Beobachtung, dass insbesondere Personen, die unter **Erkrankungen aus dem schizophrenen Formkreis** leiden, häufiger und meist aufgrund einer Verschlechterung der Psychopathologie von vorzeitigen Rehabilitationsabbrüchen betroffen sind. In der von Watzke (2006) beschriebenen Studie wird zudem die Diagnose einer **antisozialen Persönlichkeitsstörung** als möglicher Prädiktor erwähnt. Eine höhere Anzahl **depressiver Symptome** im Jahr vor der Maßnahme erhöhten das Risiko eines Maßnahmeabbruchs außerdem. Ebenfalls als Prädiktor einer von Watzke betrachteten Untergruppe zeigte sich eine geringe **subjektive körperliche Gesundheit**.

Demographische Faktoren

Rossi (2002) beschrieb als soziodemographische Faktoren für den Abbruch verschiedener gemeindepsychiatrischer Hilfen das **Alter**, den **Zivilstand** und die **Lebenssituation** sowie die **Schwere der Erkrankung**.

Qualifikation und Intelligenz

Watzke (2006) berichtet über eine im Mittel niedrigere *kristalline Intelligenz* sowie eine schlechtere formale *Schulbildung* von Maßnahmeabbrechern.

In der folgenden graphischen Darstellung wurden die oben beschriebenen Einflussfaktoren in Bezug zur Maßnahme und zum Maßnahmeabbruch aus gesundheitlichen Gründen dargestellt. Die Variablen-Kategorien „Qualifikation“, „Demographische Variablen“, „Gesundheit“ und „Situative Bedingungen“ wirken als Teilnehmervorraussetzungen sowohl auf die Maßnahme als auch auf die Gesundheitliche Stabilität, die hier der Einfachheit halber direkt im Maßnahmeblock dargestellt wurde.

Die durch die nachfolgende Untersuchung messbaren Faktoren wurden blau dargestellt. Hierbei zeigte sich, dass einige in der Literatur erwähnte Einflussfaktoren schwierig zu operationalisieren sind. In diesen Fällen wurde versucht, eine messbare Alternative zu finden: Die schwierig messbare Schwere der Erkrankung wurde behelfsweise durch die Medikamenten-Einnahme der Teilnehmer bzw. durch die festgestellte Berufsunfähigkeit spezifiziert. Die subjektive körperliche Gesundheit wurde durch die Psychosomatik beschrieben und die Lebenssituation wurde durch die Familienprobleme und die Finanzen näher bestimmt.

Direkt im Maßnahmeblock wurde zusätzlich zu den oben beschriebenen Einflussfaktoren die Überforderung während der Maßnahme aufgeführt.

Es wird angenommen, dass der Maßnahmeabbruch durch die Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten vermittelt wird.

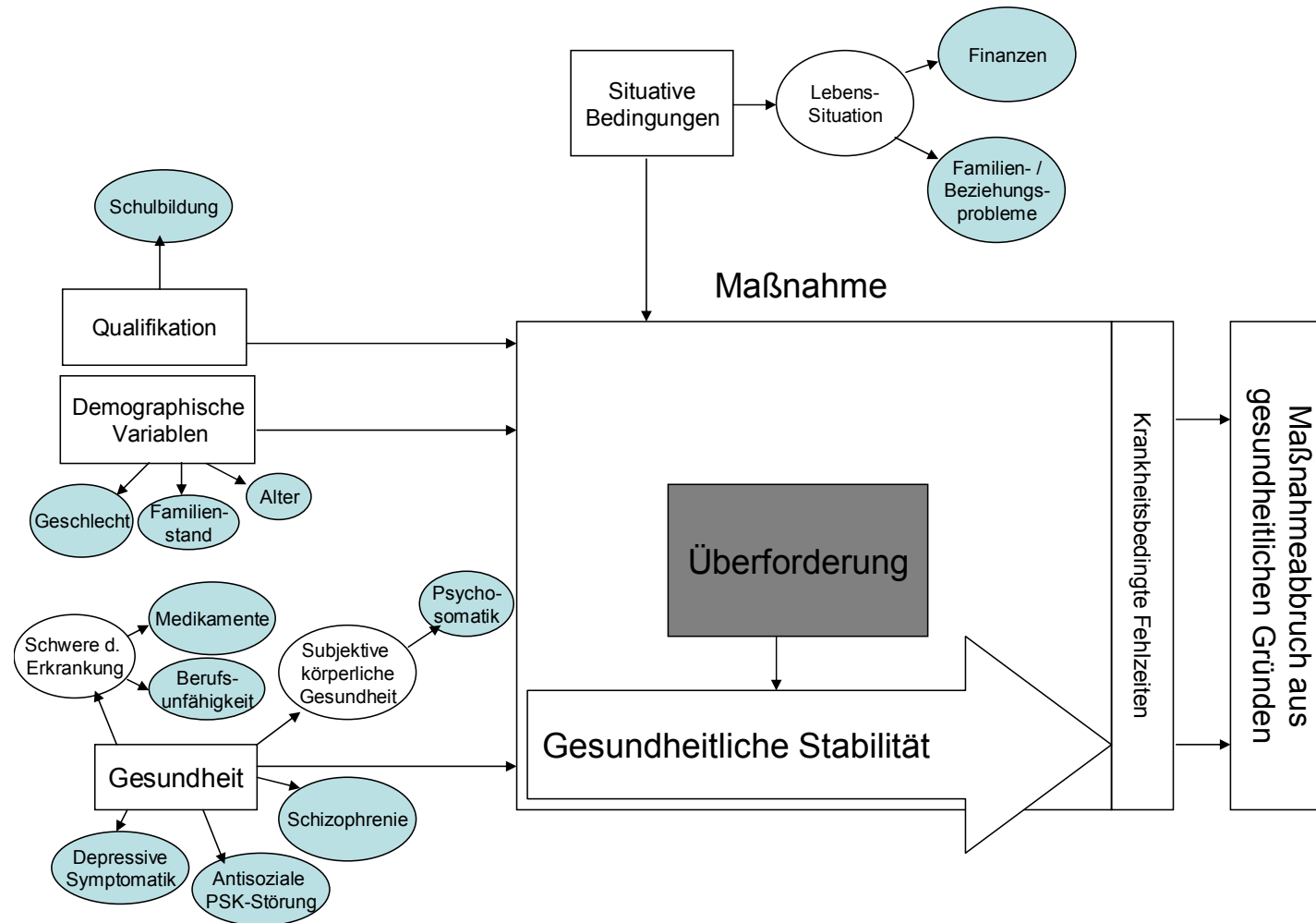


Abbildung 5: Prädiktoren-Übersicht "Maßnahme-Abbruch"

3 Fragestellungen und Hypothesen

Die zentrale Frage ist, ob die erfolgreiche berufliche Rehabilitation psychisch Kranker von messbaren Faktoren abhängig ist und trotz des geschilderten komplexen Zusammenwirkens unterschiedlichster Bedingungen prognostiziert werden kann.

Im Folgenden werden, entsprechend der unter 3.3 und 3.4 dargestellten Ergebnisse der Literaturrecherche Hypothesen formuliert einerseits zur beruflichen Integration und andererseits zum vorzeitigen Maßnahmeabbruch aus gesundheitlichen Gründen. Hierbei erfolgt eine Anpassung an die Voraussetzungen und Bedingungen der unter 2.7.1 beschriebenen Maßnahme zur beruflichen Integration psychisch Kranker.

3.1 Fragestellungen zur erfolgreichen beruflichen Rehabilitation

Allgemeine Fragestellung:

Von welchen Faktoren hängt die erfolgreiche Vermittlung psychisch Beeinträchtigter Menschen auf eine versicherungspflichtige Arbeitsstelle des allgemeinen Arbeitsmarktes ab?

Allgemeine Hypothese:

Die berufliche Integration psychisch Beeinträchtigter Menschen in eine versicherungspflichtige Arbeitsstelle lässt sich vorhersagen.

Spezielle Hypothesen:

Demographische Variablen:

Alter:

Ältere Teilnehmer lassen sich schlechter beruflich integrieren als jüngere.

Geschlecht:

Frauen lassen sich schlechter beruflich integrieren als Männer.

Situative Bedingungen:

Kinder:

Teilnehmer mit noch zu versorgenden Kindern lassen sich schlechter beruflich integrieren als Teilnehmer ohne noch zu versorgende Kinder.

Partner:

Teilnehmer mit Lebenspartner lassen sich besser beruflich integrieren als Teilnehmer ohne Lebenspartner.

Familiäre Probleme:

Teilnehmer mit weniger partnerschaftlichen Problemen lassen sich besser beruflich integrieren als Teilnehmer mit vielen partnerschaftlichen Problemen.

Finanzen:

Schulden:

Verschuldete Teilnehmer lassen sich schlechter beruflich integrieren als nicht verschuldete Teilnehmer.

Finanzielle Belastung:

Teilnehmer mit starker subjektiver finanzieller Belastung lassen sich schlechter beruflich integrieren als Teilnehmer ohne starke subjektive finanzielle Belastung.

Staatliche finanzielle Unterstützung:

Teilnehmer mit hoher staatlicher finanzieller Unterstützungsleistung lassen sich schlechter beruflich integrieren als Teilnehmer mit niedriger finanzieller staatlicher Unterstützungsleistung.

Biographische Faktoren:

Dauer der vorangegangenen Arbeitslosigkeit:

Teilnehmer, die vor Maßnahmebeginn längere Zeit arbeitslos waren lassen sich schlechter beruflich integrieren als Teilnehmer, die vor Maßnahmebeginn kürzere Zeit arbeitslos waren.

Qualifikation:

Schulabschluss:

Teilnehmer mit niedrigem Schulabschluss lassen sich schlechter beruflich integrieren als Teilnehmer mit hohem Schulabschluss.

Ausbildungsniveau:

Teilnehmer ohne Berufsausbildung lassen sich schlechter beruflich integrieren als Teilnehmer mit Berufsausbildung.

Berufsunfähigkeit:

Berufsunfähige Teilnehmer lassen sich schlechter beruflich integrieren als Teilnehmer, die ihren erlernten Beruf weiterhin ausüben können.

Weiterbildung:

Teilnehmer mit vorheriger Weiterbildung, die staatlich finanziert wurde, lassen sich schlechter beruflich integrieren als Teilnehmer ohne solche Weiterbildung.

Kognitive Faktoren:Intelligenz:

Intelligente Teilnehmer lassen sich besser beruflich integrieren als weniger intelligente Teilnehmer.

Konzentration:

Teilnehmer mit einer guten Konzentrationsfähigkeit lassen sich besser beruflich integrieren als Teilnehmer mit einer weniger guten Konzentrationsfähigkeit.

Persönliche Ressourcen:Berufliche Schlüsselqualifikationen:

Teilnehmer mit hoher selbsteingeschätzter **Flexibilität** lassen sich besser beruflich integrieren als Teilnehmer mit geringer selbsteingeschätzter Flexibilität.

Teilnehmer mit hoher selbsteingeschätzter **Belastbarkeit** lassen sich besser beruflich integrieren als Teilnehmer mit geringer selbsteingeschätzter Belastbarkeit.

Selbstvertrauen:

Teilnehmer mit hohem selbsteingeschätzten Selbstbewusstsein lassen sich besser beruflich integrieren als Teilnehmer mit niedrigem selbsteingeschätzten Selbstbewusstsein.

Zukunftserwartungen:

Optimistische Teilnehmer lassen sich besser beruflich integrieren als pessimistische Teilnehmer.

Selbstwirksamkeit:

Teilnehmer mit hoher selbsteingeschätzter Selbstwirksamkeit lassen sich besser beruflich integrieren als Teilnehmer mit niedriger selbsteingeschätzter Selbstwirksamkeit.

Stresstoleranz:

Teilnehmer mit positiven selbsteingeschätzten Stressbewältigungsstrategien lassen sich besser beruflich integrieren als Teilnehmer mit negativen selbsteingeschätzten Stressbewältigungsstrategien.

Motivation / Engagement:

Teilnehmer mit einem hohen Engagement lassen sich besser beruflich integrieren als Teilnehmer mit niedrigem Engagement.

3.2 Fragestellungen zum Abbruch der Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen

Allgemeine Fragestellung:

Lässt sich der Abbruch der geschilderten Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen vorhersagen?

Allgemeine Hypothese:

Der Abbruch der geschilderten Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen lässt sich vorhersagen

Spezielle Hypothesen:

Demographische Variablen:

Alter:

Ältere Teilnehmer brechen die beschriebene Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation aus gesundheitlichen Gründen häufiger ab als jüngere Teilnehmer.

Lebenspartner:

Teilnehmer mit Lebenspartner brechen die beschriebene Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation aus gesundheitlichen Gründen seltener ab als Teilnehmer ohne Lebenspartner.

Gesundheit:

Diagnose:

Teilnehmer mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis brechen die beschriebene Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation aus gesundheitlichen Gründen häufiger ab als Teilnehmer ohne diese Diagnose.

Depressive Symptomatik:

Teilnehmer mit starker selbst eingeschätzter depressiver Symptomatik brechen die beschriebene Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation aus gesundheitlichen Gründen häufiger ab als Teilnehmer mit niedriger selbst eingeschätzter depressiver Symptomatik.

Schwere der Erkrankung – Medikamente:

Teilnehmer, die regelmäßig Medikamente einnehmen brechen die beschriebene Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation aus gesundheitlichen Gründen häufiger ab als Teilnehmer ohne Medikation.

Schwere der Erkrankung – Berufsunfähigkeit:

Teilnehmer mit anerkannter Berufsunfähigkeit brechen die beschriebene Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation aus gesundheitlichen Gründen häufiger ab als Teilnehmer ohne Berufsunfähigkeit.

Qualifikation:Schulbildung:

Teilnehmer mit hoher Schulbildung brechen die beschriebene Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation aus gesundheitlichen Gründen seltener ab als Teilnehmer mit niedriger Schulbildung.

Lebenssituation:Verschuldung:

Teilnehmer ohne oder mit wenigen Schulden brechen die Integrationsmaßnahme häufiger aus gesundheitlichen Gründen ab als Seminarteilnehmer mit hohen Schulden.

Familienprobleme:

Teilnehmer mit starken selbst eingeschätzten Familienproblemen brechen die Integrationsmaßnahme aus gesundheitlichen Gründen häufiger ab als Teilnehmer mit geringen selbst eingeschätzten Familienproblemen.

3.3 Fragestellungen zur Prognose der Anzahl krankheitsbedingter Fehlzeiten

Die Formulierung der folgenden Fragestellungen erfolgte in Anlehnung an das Kapitel 2.5 sowie aus logischen Schlussfolgerungen, da geeignete Literatur zur Hypothesengenerierung mit der Anzahl krankheitsbedingter Fehlzeiten als Outcome-Kriterium fehlt.

Allgemeine Fragestellung:

Von welchen Faktoren hängt die gesundheitliche Stabilität, gemessen an der Anzahl der Krankheitstage im Maßnahmeverlauf, ab?

Hypothesen:

Teilnehmer mit hohen Depressionswerten werden häufiger im Maßnahmeverlauf krank.

Teilnehmer mit (zusätzlicher) körperlicher Diagnose werden häufiger im Maßnahmeverlauf krank.

Ängstliche Teilnehmer werden häufiger im Maßnahmeverlauf krank.

Teilnehmer mit psychosomatischen Beschwerden werden häufiger im Maßnahmeverlauf krank.

Teilnehmer mit ungünstigen Stressbewältigungsstrategien werden häufiger im Maßnahmeverlauf krank.

Teilnehmer mit einer geringen Belastbarkeit werden häufiger im Maßnahmeverlauf krank.

Teilnehmer mit einer diagnostizierten Somatisierungsstörung werden häufiger im Maßnahmeverlauf krank.

4 Methodik

Die dieser Arbeit als Grundlage dienenden Daten wurden routinemäßig erhoben und dienten in erster Linie der Erstellung eines individuellen Stärken- und Schwächenprofils jedes einzelnen Maßnahmeteilnehmers, woran sich die späteren Seminarinhalte orientierten. Sämtliche psychodiagnostischen Testungen erfolgten freiwillig, ebenso wie das Ausfüllen des später genauer beschriebenen Teilnehmerprofils.

Bei einer Maßnahmedauer von 10 Monaten und einer Seminarstärke von 7 bis 15 Teilnehmern wurden die Daten von 210 Maßnahmeteilnehmern, die die Maßnahme im Zeitraum vom 19.04.2004 bis 08.10.2007 begonnen haben, gesammelt.

Vier erteilten ihr Einverständnis für eine statistische Nutzung ihrer Daten nicht, somit konnten die Daten von 206 Maßnahmeteilnehmern in die Untersuchung einfließen.

Insgesamt gingen die Daten von Teilnehmer aus 28 verschiedenen Maßnahmeeinstiegen ein.

Es handelte sich ausschließlich um Menschen mit so genanntem Rehasstatus. Dieser muss bei den Rehaservicestellen beantragt und über das Rehamanagement bearbeitet werden. Der Anspruch auf Rehabilitation bezieht sich bei den hier betrachteten Maßnahmeteilnehmern in erster Linie auf psychische Beeinträchtigungen. Oft sind diese jedoch auch mit körperlichen Leiden verbunden.

Bei der Eingabe der Daten in die Access-Datenbank erhielt jeder Teilnehmer eine Personenkennummer, am Ende der Dateneingabe und nach Beendigung der Plausibilitätsklärung erfolgte eine Anonymisierung der erhobenen Daten, wobei Name und Vorname aus der Tabelle entfernt wurden.

4.1 Überlegungen zum optimalen Stichprobenumfang

Für die Planung einer optimalen Stichprobengröße ist zunächst die Größe der erwarteten Effektstärken abzuschätzen. Wie in Kapitel 2.4 geschildert, handelt es sich bei der erfolgreichen beruflichen Integration um ein sehr komplexes Zusammenspiel teilweise nicht messbarer Einflussfaktoren. Daher werden nur mittlere (zwischen 0.5 und 0.2) Effektstärken erwartet. Ein statistisches Verfahren, das für den Vergleich von integrierten und nicht integrierten Teilnehmern bei metrischem Datenniveau häufig Verwendung findet, ist der T-Test für unabhängige Stichproben. Laut Bortz & Döring (2006) beträgt der optimale Stichprobenumfang für mittlere Effektstärken bei einer Alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeit von 5% für einen Mittelwertsvergleich unabhängiger Stichproben mittels T-Test $N=50$ pro Stichprobe. Es ist abzusehen, dass die beiden unabhängigen Stichproben nicht gleich groß sein werden, da von einer Integrationsrate kleiner gleich 30% auszugehen ist. Dies wären bei einer Gesamtstichprobe von $N=100$ höchstens 30. Bortz & Döring (2006) empfehlen die separate Berechnung der Größe der zweiten Stichprobe nach der Formel:

$$NB = (NA * N) / (2 * NA - N)$$

Wobei $N = 50$, $NA = 30$

Es ergibt sich ein Wert von $NB = 150$

Somit sollte eine Gesamtstichprobe von wenigsten $N=180$ ($NA=30 + NB=150$) eingeplant werden, um mittlere Effekte durch den T-Test für unabhängige Stichproben nachweisen zu

können. Eine Gesamt-Stichprobengröße von $N=200$ erscheint daher komfortabel, um Prädiktoren der erfolgreichen beruflichen Integration identifizieren zu können.

4.2 Studiendesign

In der vorliegenden Fragestellung zur beruflichen Rehabilitation psychisch beeinträchtigter Menschen sollten verschiedene theoretische Ansätze verknüpft und Determinanten der beruflichen Rehabilitation geprüft werden.

Aus den Abbildungen 3 und 5 wird ersichtlich, dass folgende Bereiche gemessen werden sollten:

- a) demographische Variablen / biographische Faktoren
- b) Qualifikation
- c) Persönliche Ressourcen
- d) Situative Bedingungen
- e) Kognitive Faktoren
- f) Gesundheit

Das Forschungsdesign der Studie entspricht einer prospektiven Längsschnitt- bzw. Kohortenstudie.

Der prospektive Charakter (längerfristig angelegt, Hypothese steht schon zu Beginn fest) der Studie ist durch die Datenerhebung, die in der Gegenwart startet, gesichert.

Ein experimentelles Design mit gezieltem Aussetzen von ProbandInnen unter verschiedenen Interventionsbedingungen ist im Rahmen der vorgestellten Fragestellung nicht praktikabel.

Wenn die Gruppen der beruflich Wiedereingegliederten bzw. der nicht Wiedereingegliederten in der Analyse verglichen werden, so können hier zwei Gruppen kontrastiert werden, die quasi „natürlich“ entstanden sind, obwohl sie identische Interventionen erhalten haben.

In der Zuordnung von Faller et al. (1999) ist die Studie außerdem als Naturalistische Studie oder Beobachtungsstudie einzuordnen. Charakteristisch hierfür sei die Beobachtung von Zusammenhängen zwischen Variablen ohne deren experimentelle Veränderung. „Der Forscher greift nicht in die vorgefundenen Bedingungen ein, sondern beobachtet deren ‚natürliche‘ Variabilität. Ziel naturalistischer Studien ist es meist, Zusammenhänge zwischen Prozess- und Ergebnismerkmalen zu analysieren.“

In prospektiver Form wird der Maßnahmeverlauf von 206 Maßnahmeteilnehmern dokumentiert, als zentrale Erfolgsmaße bzw. Outcome-Kriterien werden beruflicher Wiedereingliederungserfolg nach Maßnahmebeendigung sowie ein halbes beziehungsweise ein Jahr später, krankheitsbedingter Abbruch der Maßnahme sowie Anzahl der krankheitsbedingten Fehltage während der Maßnahme definiert.

Ablauf:

Das in Kapitel 4.3.1 beschriebene Teilnehmerprofil wurde den Maßnahmeteilnehmern am 5. Maßnahmetag zur eigenständigen Bearbeitung mit nach Hause gegeben, da hier gefragte Daten durch eigene Unterlagen überprüft werden konnten und das Prinzip der Freiwilligkeit gewahrt wurde.

Die psychodiagnostische Testung erfolgte zu zwei Messzeitpunkten (Prä-Post-Testung), und zwar zu Beginn der Maßnahme (innerhalb der zweiten Maßnahmewoche) sowie am Ende der Maßnahme (in der vorletzten Maßnahmewoche).

Die in Kapitel 4.3.2 dargestellten Testverfahren wurden zum ersten Messzeitpunkt an vier Maßnahme-Vormittagen durchgeführt.

Zum zweiten Messzeitpunkt wurde auf die nochmalige Durchführung des LPS und des D2-Konzentrationstests verzichtet, da auf der einen Seite Lerneffekte zu erwarten gewesen wären und zum anderen die zeitliche Stabilität insbesondere des Konstrukts der Intelligenz im Erwachsenenalter vielfach beschrieben wurde (Plomin et al. 1994; Deary et al. 2004). Die Durchführung erfolgte an drei Maßnahme-Vormittagen.

Um die Testbedingungen möglichst konstant zu halten und somit die Reliabilität der Testdurchführung zu erhöhen erfolgte die Durchführung zu beiden Messzeitpunkten durch die gleiche Diplom-Psychologin.

Die Datenerhebungsphase erstreckte sich über einen Zeitraum von 4 Jahren. Es wurden 28 Maßnahmeeinstiege berücksichtigt mit jeweils 6 bis 15 Maßnahmeteilnehmern. Der erste Maßnahmeeinstieg erfolgte am 19.04.2004 und der letzte am 08.10.2007.

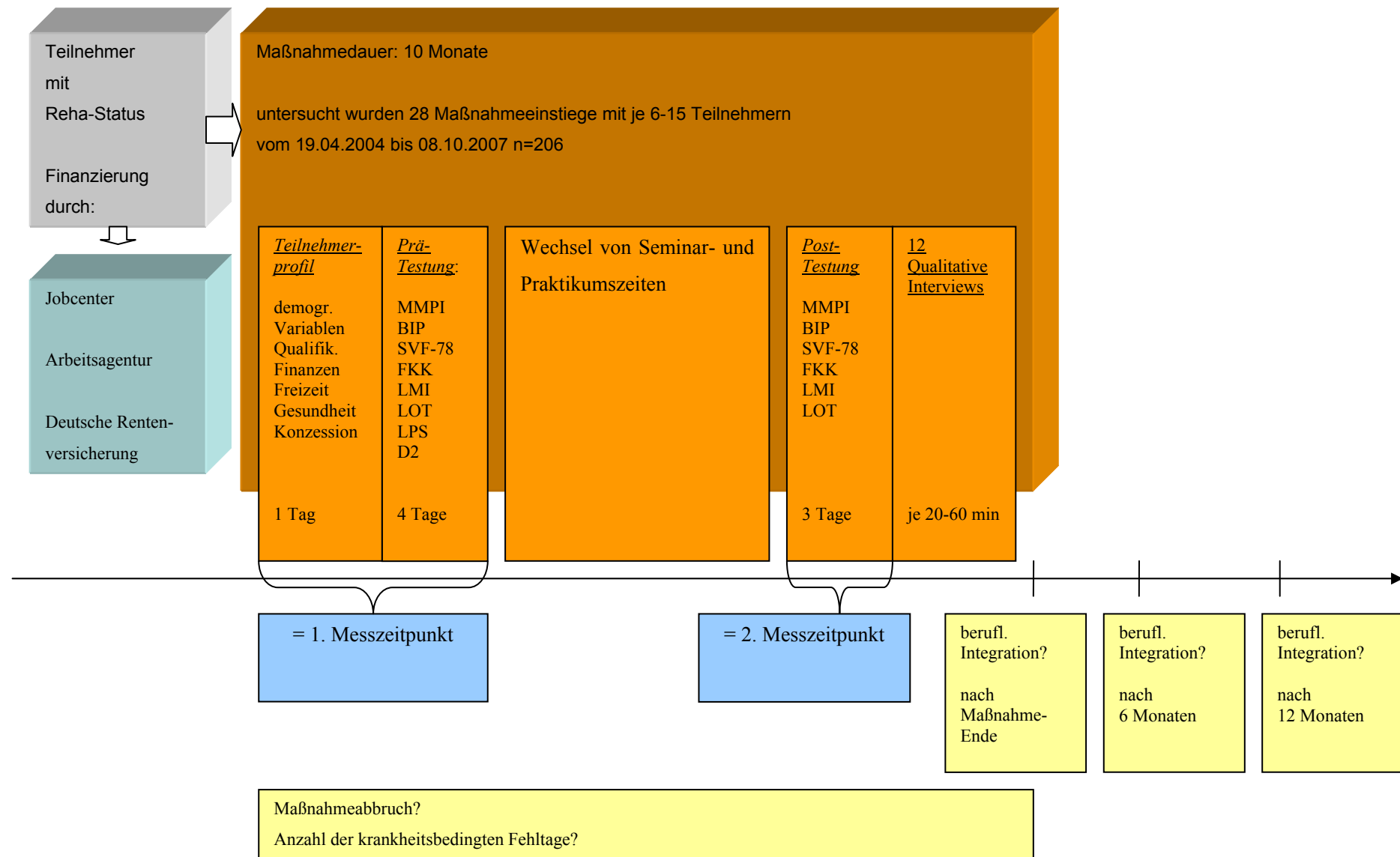


Abbildung 6: Studien-Design

4.3 Operationalisierung

In den folgenden zwei Kapiteln werden Übersichten über alle Inhalte des Teilnehmerprofils und alle durchgeführten Tests gegeben.

Die Auswahl der durchgeführten Tests sowie der Inhalte des Teilnehmerprofils erfolgte in Form der Entwicklung einer klientenzentrierten Datenbank für die REHAaktiv darr GmbH im Zuge meiner Diplomarbeit (Gericke 2004). Das Ziel dieser Datenbank war die Identifizierung von Prognosefaktoren für die berufliche Integration psychisch Kranker. Es wurden hierbei jedoch mangels geeigneter Literatur zum damaligen Zeitpunkt in erster Linie solche Faktoren berücksichtigt, die unabhängig von einer psychischen Erkrankung die Rückkehr in Arbeit erklären sollten. Die unter Kapitel 3 formulierten Fragestellungen und Hypothesen beziehen sich dagegen speziell auf das Klientel der psychisch Beeinträchtigten, da die Forschungsarbeit diese Zielgruppe betreffend in den letzten Jahren zugenommen hat.

Aus den zur Verfügung stehenden Daten der entwickelten klientenzentrierten Datenbank wurden nun diejenigen ausgewählt, welche die unter Kapitel 3 formulierten Fragen am besten beantworten konnten. Entsprechend erfolgte die Operationalisierung. Zu den Möglichkeiten und Grenzen dieses Vorgehens mehr innerhalb der Diskussion unter Kapitel 6.4.

Folglich werden diejenigen Teilnehmerprofil-Inhalte bzw. Testskalen, die für die Prüfung der unter Kapitel 3 dargestellten Fragestellungen relevant sind, genauer betrachtet, während die anderen nur kurz in den Tabellen erwähnt werden.

Am Ende beider Kapitel erfolgt eine abschließende Übersicht über die Operationalisierungen der hypothetischen Einflussfaktoren in Tabellenform.

4.3.1 Teilnehmerprofil

Zu Beginn einer Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation bei der REHAaktiv darr GmbH werden die Teilnehmer gebeten einen umfangreichen Fragebogen (Teilnehmerprofil) auszufüllen, der sowohl demographische Variablen enthält, als auch nach Gesundheit, Qualifikation, Freizeitverhalten und der aktuellen finanziellen Situation fragt.

Das Ausfüllen erfolgte freiwillig, allerdings beantworteten einige Teilnehmer nicht alle Fragen, weshalb es zu Missing-Werten kam. Die folgende Übersicht enthält alle Inhalte des Teilnehmerprofils, dabei sind die Inhalte, die für die Hypothesenprüfung relevant sind, schwarz gedruckt während die anderen grau-kursiv markiert wurden.

Im Folgenden werden diese hypothesen-relevanten Inhalte detailliert beschrieben.

Tabelle 1: Teilnehmerprofil

Rubrik	Variable
Demographische Variablen	<i>Wohnort</i> Geschlecht <i>Staatsangehörigkeit</i> Alter Dauer Arbeitslosigkeit Anzahl Kinder Familienstand Partner vorhanden <i>Leistungsträger</i>
Qualifikation	Schulabschluss Berufsausbildungen Weiterbildungen
Finanzen	Einkommen <i>Familieneinkommen</i> Verschuldung Belastung finanzieller Probleme
Freizeit	<i>Vereinsmitglied</i> <i>Organisationsmitglied</i> Freizeitbeschäftigung <i>Zeit pro Woche</i> <i>Sport</i>
Gesundheit	Medikamente Diagnosen <i>Alkoholkonsum</i> <i>Nikotinkonsum</i> <i>Andere Drogen</i>
Konzessionsbereitschaft	<i>Längerer Arbeitsweg</i> <i>Wohnortwechsel</i> <i>Niedrigere Bezahlung</i> <i>Berufswechsel</i> <i>Arbeitsbedingungen</i> <i>Unter bisheriger Qualifikation</i>
Arbeitssuchverhalten	<i>Informelle Kanäle</i> Arbeitsamt <i>Internet</i> <i>Gelbe Seiten</i> <i>außergewöhnliche Hilfen</i>
Intensität der Arbeitssuche	<i>Frequenz Arbeitssuche</i> <i>Anzahl Bewerbungen der letzten 3 Monate</i>

Anzahl Bewerbungen gesamt

Anzahl Vorstellungsgespräche d letzten 3 Monate

Anzahl Vorstellungsgespräche gesamt

Demographische Variablen

Geschlecht

Das Geschlecht der Klienten wurde aufgrund der Offensichtlichkeit nicht erfragt. In der Datenbank erfolgt eine Codierung, wobei 1 für männlich und 0 für weiblich steht.

Alter

Das Geburtsdatum wird vom jeweiligen Kostenträger übermittelt.

Dauer der Arbeitslosigkeit

Das Teilnehmerprofil enthält die Frage: „Seit wann sind Sie arbeitslos?“ Aus der Antwort geht die Dauer der Arbeitslosigkeit eindeutig hervor. Eine zusätzliche Frage wird nicht notwendig. In der Datenbank wird dieser Zeitraum in Monaten angegeben. Die Erhebung der Dauer der Arbeitslosigkeit gestaltet sich aufgrund von Krankheitsphasen für die Zielgruppe der psychisch erkrankten Menschen etwas schwierig.

Die Autorin hat sich aufgrund inhaltlicher und pragmatischer Erwägungen dazu entschlossen die Dauer der Arbeitslosigkeit als den Zeitraum zu definieren, in dem die Maßnahmeteilnehmer keiner versicherungspflichtigen Arbeit nachgegangen sind. Dies schließt also Krankheitsphasen und Klinikaufenthalte mit ein, da die Entfernung vom Arbeitsmarkt und die Senkung sowohl fachlicher als auch sozialer Kompetenzen im Vordergrund der Aufmerksamkeit stehen.

Familienstand, Partner und Kinder

Der Personenstand wurde im Teilnehmerprofil erfragt mit den Antwortalternativen „ledig/ / verheiratet/ geschieden/ verwitwet“. Zusätzlich wurde nach dem Vorhandensein eines Lebenspartners gefragt.

Unter dem Punkt „Kinder“ wird nach der Anzahl und dem Alter möglicher Kinder gefragt und ob diese „noch im Haushalt leben“.

In der Datenbank erfolgt eine Codierung des Familienstandes wobei 1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden und 4 = verwitwet bedeuten. Eine zusätzliche Spalte gab Auskunft über das Vorhandensein eines Lebenspartners, egal ob Ehegatte oder nicht.

In einer weiteren Spalte wird die Anzahl der noch im eigenen Haushalt lebenden Kinder festgehalten.

Qualifikation

Schulabschluss und Berufsausbildung

Im Teilnehmerprofil der REHAaktiv darr GmbH wird einerseits nach dem Schulabschluss und andererseits nach erlernten Berufen gefragt.

In die Datenbank wird die Berufsbezeichnung als Wort und der Schulabschluss in Form einer numerischen Codierung: 0 = keiner, 1 = Abschluss, aber unter mittlerer Reife, 2 = mittlere Reife, 3 = Abitur aufgenommen. Als numerische Codierung für die Berufsausbildung erfolgte die Anzahl der abgeschlossenen Berufsausbildungen.

Berufsunfähigkeit

Zusätzlich wurde nach dem Vorhandensein einer Berufsunfähigkeit für einen der aufgeführten Berufe gefragt. Diese Information ging als vorhandene oder nicht vorhandene Berufsunfähigkeit in die Datenbank ein, ohne den spezifischen Beruf dieser Berufsunfähigkeit extra aufzuführen.

Weiterbildung

Im Teilnehmerprofil wird nach Weiterbildungen gefragt inklusive der Angabe des Abschlusses, des Abschlussjahres und eventueller Berufserfahrungen.

In der Datenbank erfolgt die Erhebung der Anzahl abgeschlossener Weiterbildungen.

Finanzen

Finanzielle Situation

Im Teilnehmerprofil werden unter dem Punkt „Finanzielle Situation“ folgende Bereiche erfragt:

„Eigenes Einkommen (Netto)“, „Familieneinkommen insgesamt“ sowie „Sind Sie verschuldet?“ mit den Antwortalternativen „nein“, „etwas“ (-1000 Euro) sowie „hoch“ (bis 10000 Euro) und „sehr hoch“ (über 10000 Euro). Außerdem wurde gefragt „Wie sehr belasten Sie ihre finanziellen Probleme?“ mit den Antwortmöglichkeiten „gar nicht“, „etwas“, „stark“ und „sehr stark“.

Freizeit

Freizeitverhalten und Sport

Bezüglich des Freizeitverhaltens wurde im Teilnehmerprofil gefragt: „Womit beschäftigen Sie sich in der Freizeit?“ sowie „Wie viel Zeit pro Woche?“. Außerdem wird die Frage gestellt: „Treiben Sie Sport?“ mit den Antwortalternativen „nie“, „selten“ und „regelmäßig“.

Gesundheit

Diagnostizierte chronische Erkrankungen

Im Teilnehmerprofil wird gefragt: „Unter welchen chronischen Erkrankungen leiden Sie?“. Da eine Vielzahl von Maßnahmeteilnehmern ihre eigenen Diagnosen nicht genau kennen, erfolgte eine Erhebung der jeweiligen Diagnosen zusätzlich über die Unterlagen des Kostenträgers zum positiven und negativen Leistungsbild. Die Diagnosen wurden wortwörtlich und wenn vorhanden mit ICD-Codierung übernommen.

4.3.2 Das psychodiagnostische Screening

Zur Entwicklung eines individuellen Stärken-Schwächen-Profiles und der anschließenden Anpassung an den jeweiligen Förderplan wurden die folgenden Tests durchgeführt. Die für die Hypothesen relevanten Skalen wurden in der rechten Spalte hervorgehoben und im Anschluss genauer beschrieben.

Tabelle 2: Testverfahren mit hypothesenrelevanten Skalen

Test	vollständig	Hypothesen-relevante Skalen
SVF-78	Stressverarbeitungsfragebogen (Kurzform mit 78 Fragen)	alle
MMPI	Minnesota-Multiphasic Personality Inventory-2	Familienprobleme Beziehungsprobleme Psychosomatik Depressivität
FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen	Selbstwirksamkeitserwartung
LMI	Leistungsmotivations-Inventar	Engagement
LOT	Life-Orientiation-Test	Optimismus
BIP	Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung	Selbstbewusstsein Flexibilität Belastbarkeit
LPS	Leistungsprüfsystem	Gesamt-IQ
D2	D2-Konzentrationsintest	Gesamt-Konzentrations-Leistung

SVF-78

Der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 78) ist eine verkürzte Form des SVF 120 von W. Janke, G. Erdmann und K.W. Kallus. Dabei wurden die Skalen mit den höchsten Gütemaßen beibehalten während einige weniger valide Skalen (Bagatellisierung, Selbstbestätigung, Soziale Abkapselung, Selbstbemitleidung, Aggression und Pharmakaeinnahme) entfernt wurden.

Er dient der Erfassung von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situationen und besteht in der Kurzform aus 78 Items, mit denen 13 zeitlich relativ stabile und situationsunabhängige Merkmale erfasst werden. Diese verteilen sich auf 7 Positiv-Strategien (Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, Positive Selbstinstruktion), 4 Negativ-Strategien (Flucht, Soziale Abkapselung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation) und zwei den Umständen entsprechend zu bewertenden Skalen (Soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung). Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Subtests des SVF 120 liegen zwischen $\alpha = .66$ und $\alpha = .92$. Die Wiederholungszuverlässigkeiten (nach ca. 4 Wochen) liegen zwischen $r = .69$ und $r = .86$. Für den SVF 120 liegen Angaben zu Interkorrelationen und Faktorenanalysen vor. Für den neu normierten SVF 120 werden T-Werte für die Subtests und Sekundärtests (getrennt nach Geschlecht) für die Altersgruppen 20 – 79 Jahre angegeben.

MMPI

Der Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ist einer der weltweit am häufigsten verwendeten Persönlichkeitstests in der klinischen Psychologie und Psychiatrie. Er dient als Hilfsmittel bei der Untersuchung der Persönlichkeitsstruktur, insbesondere bei psychischen Störungen. Der MMPI ist das Paradebeispiel eines rein empirisch konstruierten Testverfahrens, bei dem die Items nur auf Grund der gemessenen Antwortwahrscheinlichkeiten ausgewählter Patientengruppen zu entsprechenden Skalen zusammengefasst wurden.

Beziehungs- und Familienprobleme

Die Eheproblem-Skala MDS (Marital Distress Scale) aus dem Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2) wurde zur Identifizierung von Unstimmigkeiten und Problemen in engen Beziehungen entwickelt. Die empirisch konstruierte Skala besteht aus 14 Items. Der Inhalt der Items bezieht sich auf die Lebensqualität in der Familie, also auf familiäre Streitigkeiten, Sexualität, Liebe und Nähe. Die MDS konnte bei Klienten von Beratungsstellen und bei Probanden aus der Normstichprobe Eheprobleme bei einem T-Wert von 60 vorhersagen. Der mittlere T-Wert der Eheberatungsklienten, die für die Skalenentwicklung herangezogen wurden, lag bei 58. Sowohl in der Normierungsstichprobe als auch in der genannten Stichprobe der Eheberatungsklienten nahm die Zufriedenheit in Zweierbeziehungen mit jeder Erhöhung der MDS deutlich ab, was darauf hinweist, dass die Items dieser Skala auf Störungen einer Zweierbeziehung empfindlich reagieren. Inhaltlich erscheint diese Skala geeignet, Beziehungsprobleme zu erfassen.

Während die MDS-Skala vornehmlich für Beziehungsprobleme sensibel ist, reagiert die Skala Familiäre Belastung (FAM) aus dem MMPI-2 insbesondere auf beträchtliche familiäre Schwierigkeiten. Probanden mit hohen Werten auf dieser Skala beschreiben ihre Familien als lieblos, streitsüchtig und unangenehm. Die Skala Familiäre Belastung ist in die Unterskalen Familiäre Zwietracht und Familiäre Entfremdung unterteilt. Die interne Konsistenz liegt mit einem Wert von $\alpha = .79$ für Cronbachs Alpha für Männer und $\alpha = .80$ für Frauen in einem annehmbaren Bereich. Die Retestreliabilität liegt bei $r = .82$ für Männer und $r = .76$ für Frauen. Für Männer liegt der Mittelwert bei $M = 8.10$ bei einer Standardabweichung von $SD = 5.46$. Für Frauen ergibt sich ein Mittelwert von $M = 8.71$ bei einer Standardabweichung von $SD = 5.80$ (Hathaway, McKinley & Engel, 1999).

Innerhalb der Datenbank erfolgt eine Codierung der Testergebnisse mit Hilfe der jeweiligen T-Werte.

Psychosomatik

Innerhalb des MMPI-2 befindet sich eine Skala "Körperbeschwerden" (HEA = Health Concerns). Personen mit hohen Werten auf dieser Skala geben viele somatische Beschwerden in unterschiedlichen Körperregionen an. Dazu zählen gastrointestinale Symptome (Verstopfung, Übelkeit und Erbrechen, Magenbeschwerden), neurologische Symptome (Krämpfe, Schwindel und Ohnmachtsanfälle, Lähmungen), Wahrnehmungsstörungen (Hör- und Sehstörungen), kardiovaskuläre Beschwerden (Herz- oder Brustschmerzen), Hautprobleme, Schmerzen (Kopfschmerzen, Nackenschmerzen) und Atemschwierigkeiten (Husten, Heuschnupfen, Asthma). Sie machen sich über ihre Gesundheit Sorgen und fühlen sich kränker als der Durchschnitt.

Die Skala besteht aus 36 Items. Ihr Mittelwert liegt für Männer bei $M = 6.94$ mit einer Standardabweichung von $SD = 5.51$. Für Frauen beträgt der Mittelwert $M = 8.02$ mit einer Standardabweichung von $SD = 5.38$. Die Retestreliabilität beträgt für Frauen $r = .80$ und für Männer $r = .88$. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) beträgt für Männer $\alpha = .85$ und für Frauen $\alpha = .83$ (Hathaway, McKinley, & Engel, 1999).

Depressivität

Zur Erfassung einer klinisch bedeutsamen Depression bietet sich die Verwendung der Skala 2 (D: Depression) des Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) an. Sie wurde mit den Daten von psychiatrischen Patienten entwickelt, die verschiedene depressive Syndrome aufwiesen, insbesondere solche mit depressiven Störungen oder mit einer depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung. Die Items dieser Skala geben nicht nur die Gefühle der Mutlosigkeit, des Pessimismus und der Hoffnungslosigkeit wieder, die

den klinischen Zustand depressiver Menschen charakterisieren, sondern ebenso die häufig damit verbundenen Persönlichkeitszüge der Überverantwortlichkeit und hoher persönlicher Ansprüche. Die Skala besteht aus 57 Items. Die Interpretationsvorgaben entsprechend der erzielten T-Werte ermöglichen eine Deutung des Ergebnisses auf 5 Stufen (Niedergeschlagenheit, Depressive Hemmung, Körperbeschwerden, Geistige Leere und Grübeleien). Auf diese Weise kann auch eine depressive Stimmung erfasst und gleichzeitig von einer klinischen Depression unterschieden werden. Der Mittelwert beträgt für Männer $M = 19.45$ mit einer Standardabweichung von $SD = 5.53$. Für Frauen beträgt der Mittelwert $M = 21.79$ mit einer Standardabweichung von $SD = 5.98$. Die Retestreliabilität beträgt für Männer $r = .90$ und für Frauen $r = .87$. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) beträgt für Männer $\alpha = .70$ und für Frauen $\alpha = .73$ (Hathaway, McKinley & Engel, 1999).

FKK

Selbstwirksamkeit

Der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) beinhaltet die Skala „Selbstwirksamkeit“. Niedrige Werte auf dieser Skala sprechen für ein geringes Selbstbewusstsein, eine unsichere Handlungsplanung und –realisierung, Ratlosigkeit in neuen und mehrdeutigen Situationen, Lageorientierung und eine passive und abwartende Haltung. Die Skala setzt sich aus den Items der Skalen „Selbstkonzept“ eigener Fähigkeiten und „Internalität“ zusammen, so dass sie insgesamt aus 16 Items besteht. Die Reliabilität liegt für diese Skala bei $r = .83$ und ist somit zufrieden stellend. Die interne Konsistenz liegt zwischen $\alpha = .73$ und $\alpha = .85$ (Cronbachs Alpha), die Retestreliabilität liegt zwischen $r = .70$ und $r = .89$. (Krampen, 1991).

LMI

Arbeitsorientierung

Ein Messinstrument zur Erfassung der Arbeitsorientierung stellt die Skala „Engagement“ innerhalb des Leistungsmotivationsinventars (Schuler, Prochaska, & Frintrup, 2001) dar. Die Skala besteht aus 10 Items. Personen mit hohen Werten erbringen ein hohes zeitliches Engagement. Sie arbeiten viel und fühlen sich unwohl, wenn sie nichts zu tun haben. Auch nach besonders anstrengenden Phasen benötigen sie keine längeren Erholungszeiten. Sie sind durch ein hohes Aktivitätsniveau gekennzeichnet. Gegenüber anderen Aktivitätsbereichen räumen sie der Arbeit Priorität ein. Unter Umständen vernachlässigen sie wichtige andere Seiten des Lebens und werden im Extremfall von anderen als arbeitssüchtig angesehen. Im

Gegensatz zum üblichen Verständnis von Arbeitssucht ist Engagement jedoch nicht durch negatives Erleben gekennzeichnet (Schuler, Prochaska, & Frintrup, 2001). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) beträgt für die Skala Engagement $\alpha = .78$ und ist damit zufrieden stellend. Die Retestreliabilität beträgt $r = .74$. Der Mittelwert beträgt $M = 36.23$, die Standardabweichung $SD = 10.58$ bei einer Streuung von 10 bis 70.

LOT

Zukunftserwartung / Optimismus

Zur Erfassung des Optimismus wurde der Life Orientation Test (LOT) von Scheier und Carver (1985), in deutscher Übersetzung von Wieland-Eckelmann & Carver (1990) verwendet. Es wird der dispositionale Optimismus, definiert als generalisierte Ergebniserwartung, mit der Annahme, dass es sich hierbei um eine stabile Eigenschaft handelt, gemessen. Die Skala besteht aus 12 Items, wovon vier als Füllitems fungieren. Von den restlichen acht sind vier negativ gepolt. Die Items werden auf einer 4-stufigen Skala bewertet. In der englischen Version wies die Skala ein durchschnittliches Cronbachs-Alpha von $\alpha = .76$ auf und die Retest-Reliabilität lag bei $r = .79$. Männer erreichten einen Mittelwert von $M = 21.03$ mit einer Standardabweichung von $SD = 4.56$, bei Frauen ergab sich ein Mittelwert von $M = 21.41$ und eine Standardabweichung von $SD = 5.22$. Die Faktorladungen liegen um .60, die Trennschärfen um .50. Der LOT ist im Internet frei zugänglich (z.B. Url: <http://psylux.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/publikationen/literatur/389m.pdf>, Zugriff am 07.10.2009) und mit einer Bearbeitungsdauer von ca. einer Minute äußerst ökonomisch. Auch die Auswertung erfolgt einfach und schnell.

BIP

Das Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung (BIP, Hossiep & Paschen, 1998) ist ein psychologisches Testverfahren, um berufsrelevante Persönlichkeitsmerkmale systematisch zu erfassen. Es findet Anwendung in Coaching-Maßnahmen, Personalentwicklungsmaßnahmen, Auswahlprozessen oder zur Persönlichen Standortbestimmung. Hauptbereiche des BIP sind die berufliche Orientierung, das Arbeitsverhalten, die sozialen Kompetenzen und die psychische Konstitution.

Flexibilität (zum Arbeitsverhalten zählend)

Bei hohen Skalenwerten der Flexibilitätsskala weisen Personen verstärkt folgende Eigenschaften auf: Sie stellen sich problemlos auf neue Situationen ein, können uneindeutige

Situationen gut tolerieren und sind in der Lage, Methoden und Vorgehensweisen rasch an sich verändernde Bedingungen anzupassen.

Selbstbewusstsein (zur psychischen Konstitution zählend)

Personen mit hoher Ausprägung auf der Selbstbewusstseinsskala sind selbstsicher im sozialen Umgang und wenig besorgt über den Eindruck, den sie bei anderen hinterlassen. Sie bleiben ruhig in Situationen, in denen eine Bewertung der eigenen Person erfolgt.

Belastbarkeit (zur psychischen Konstitution zählend)

Hohe Skalenwerte auf der Skala Belastbarkeit werden so interpretiert, dass Personen resistent sind gegenüber Stress und sich auch unter Druck noch leistungsfähig fühlen. Darüber hinaus reagieren sie auch bei hoher Beanspruchung widerstandsfähig.

Das BIP kann sowohl als reliables als auch valides Testverfahren berufsbezogener Persönlichkeitsmerkmale betrachtet werden. Bei einer Stichprobe von 9302 Testteilnehmern ergeben sich für die BIP-Skalen hinsichtlich der inneren Konsistenz Werte von Cronbachs Alpha zwischen .75 und .92, was auf eine hohe Messgenauigkeit der Skalen hindeutet. Für die Retest-Reliabilität ergeben sich für die BIP-Skalen jeweils Korrelationskoeffizienten zwischen .77 und .89, was für eine hohe Stabilität der erfassten berufsbezogenen Persönlichkeitsaspekte spricht (vgl. Hossiep & Paschen, 1998).

LPS

Das Leistungsprüfsystem fußt auf den Veröffentlichungen von Thurstone; jeder der wichtigsten Primärfaktoren der Begabung wird mit zwei Untertests von je wenigstens 40 Aufgaben erfasst, um das Begabungsprofil abzusichern. Die Retest-Reliabilität liegt bei $r = .95$ für das Gesamtergebnis. Die nach der Spearman-Brown'schen Formel korrigierten Halbierungszuverlässigkeiten der Untertests liegen zwischen $r = .90$ und $r = .99$. Es bestehen hochsignifikante Korrelationen zwischen Schulnoten verschiedener Fächer mit der Gesamtleistung sowie Leistungen in den Untertests des LPS. Zwischen dem LPS und dem Intelligenz-Struktur-Test (I-S-T) besteht eine Korrelation von $r = .74$.

D2-Konzentrationstest

Der Aufmerksamkeits-Belastungstest d2 (Brickenkamp 1994) stellt eine standardisierte Weiterentwicklung der sog. Durchstreichtests dar. Er wurde bereits 1962 entwickelt und misst Tempo und Sorgfalt des Arbeitsverhaltens bei der Unterscheidung ähnlicher visueller Reize (Detail-Diskrimination) und ermöglicht damit die Beurteilung individueller Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen. Die vielfältige Absicherung der

Testgütekriterien (Objektivität, Zuverlässigkeit und Gültigkeit), die einfache Anwendung sowie der geringe Aufwand an Zeit und Material sind Ursachen dafür, dass der Test d2 zu den am häufigsten verwendeten psychodiagnostischen Verfahren in Deutschland gehört und auch im Ausland weite Verbreitung gefunden hat. Neue Reliabilitätsschätzungen (Cronbachs Alpha, Split-Half), die auf der Eichstichprobe ($N = 3.236$) basieren, variieren für alle Testwerte zwischen .95 und .98. Darüber hinaus liegen zufrieden stellende Ergebnisse weiterer Zuverlässigkeitskontrollen vor, die auch den Aspekt der Messwertstabilität über lange Zeiträume (bis zu 23 Monaten) berücksichtigen. Die Gültigkeit des Verfahrens wird durch eine große Anzahl von Validitätsuntersuchungen belegt. Darunter befinden sich Studien zur Konstruktvalidität, faktoriellen Validität und vor allem zur empirischen Validität, die aus den Gebieten der Klinischen, Pädagogischen, Experimentellen Psychologie sowie der Verkehrs-, ABO-, Sport-, Umwelt- und Pharmakopsychologie stammen.

Tabelle 3: Operationalisierung der Einflussfaktoren

Hypothetischer Einflussfaktor	Operationalisierung	
	Test	Skala / Frage
Intelligenzniveau	LPS	Gesamt-IQ-Skala
Konzentration	D2	Gesamtkonzentration
Zukunftserwartungen	LOT	Gesamtskala
Selbstwirksamkeit	FKK	Selbstwirksamkeitserwartung
Stress-Toleranz	SVF-78	Alle Positiv- und Negativ-Strategien
Selbstvertrauen	BIP	Selbstbewusstsein
Flexibilität	BIP	Flexibilität
Belastbarkeit	BIP	Belastbarkeit
Motivation	LMI	Engagement
Familiäre Probleme /	MMPI	Familienprobleme
Lebenssituation	MMPI	Beziehungsprobleme
Subjektive körperliche Gesundheit	MMPI	Psychosomatik
Depressive Symptomatik	MMPI	Depressivität
Finanzielle Probleme	Teilnehmerprofil	„Sind Sie verschuldet?“
Staatliche Unterstützungsleistung	Teilnehmerprofil	„Wie viel Einkommen haben Sie?“
Partner	Teilnehmerprofil	„Haben Sie einen Lebenspartner?“
Kinder	Teilnehmerprofil	„Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?“
Dauer der Arbeitslosigkeit	Teilnehmerprofil	„Seit wann sind Sie arbeitslos?“
Alter	Teilnehmerprofil	
Geschlecht	Teilnehmerprofil	
Schulbildung	Teilnehmerprofil	„Was ist ihr höchster Schulabschluss?“
Diagnose Schizophrenie	Teilnehmerprofil / Gutachten	„Unter welchen chronischen Erkrankungen leiden Sie?“
Schwere der Erkrankung	Teilnehmerprofil	„Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?“
	Teilnehmerprofil	Berufsunfähigkeit

4.4 Qualitative Interviews

Mit insgesamt 12 Teilnehmern wurde am Ende der Maßnahme ein Leitfadeninterview durchgeführt. Sechs Teilnehmer davon konnten erfolgreich integriert werden, während die anderen sechs die Maßnahme ohne Arbeitsplatz beendeten. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig, von 14 angesprochenen Teilnehmern willigten die beschriebenen 12 ein. Die Gründe für die Nichtteilnahme der anderen zwei bestanden in Übermüdung und Sättigung am letzten Maßnahmetag sowie Unwillen und Zeitmangel.

Die Gespräche wurden nach Einverständniseinholung der Befragten mit Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend wortwörtlich transkribiert. Laute oder Räusperungen wurden nicht aufgenommen, lachen oder lächeln an inhaltlich relevanten Stellen wurde festgehalten. Es wurde die Standardorthographie verwendet. Die Namen der Interviewten sowie erwähnter anderer Personen, zumeist Mitarbeiter der REHAaktiv darr GmbH, wurden anonymisiert.

Allen Teilnehmern wurden die gleichen offenen Fragen gestellt.

Ziel dieser Interviews war es, individuelle Strategien der Arbeitssuche als auch des Umgangs mit Stress zu identifizieren, die möglicherweise einen Zusammenhang zum Integrationserfolg aufweisen könnten. Wie bei qualitativer Forschung im Allgemeinen üblich, wurde explorativ nach zusätzlichen Hinweisen gesucht, die für das Thema der beruflichen Rehabilitation bedeutsam sein könnten.

Außerdem waren die Interviews Bestandteil des internen Qualitätsmanagements der REHAaktiv darr GmbH. Hierbei erschien die Fragestellung bedeutsam, welcher Maßnahmeteilnehmer von welchen Maßnahmeinhalten besonders profitierte bzw. welche Unterstützung wünschte (im Sinne einer Individualisierung des Maßnahmekonzepts).

Die Hintergründe der einzelnen Fragestellungen werden nachfolgend erläutert:

1. Nachdem Sie keine Arbeit mehr hatten, wie sind Sie vorgegangen, um wieder Arbeit zu bekommen?

Ziel dieser Frage war die Suche nach individuellen Strategien der Arbeitsplatzsuche bzw. allgemein des Umgangs mit der Arbeitslosigkeit. Entsprechend der Handlungsrestriktionstheorie (Freyer & Payne, R., 1986) wurde vermutet, dass hierbei selbstregulatorische Fähigkeiten zum Einsatz kommen könnten, die das Individuum dazu befähigen, Kontrolle über den an sich schwer zu kontrollierenden Bereich der Arbeitslosigkeit durch Eigeninitiative in Form von Bewerbungsaktivitäten wieder zu erlangen.

2. Was bedeutet für Sie Arbeit?

Die Bedeutung der Arbeit für den Einzelnen ist als eine Art zweischneidiges Schwert zu bezeichnen: Auf der einen Seite wird vermutet, dass eine große Bedeutung der Arbeit einen positiven Einfluss auf die Eigeninitiative bezüglich der Wiedererlangung selbiger haben könnte, auf der anderen Seite wird entsprechend der Inkongruenzhypothese (Paul & Moser 2006) angenommen, dass die Wichtigkeit der Arbeit die Inkongruenz zwischen dem natürlichen Bestreben einer Arbeit nachzugehen und dem Status der Arbeitslosigkeit moderierend beeinflusst: Eine große Bedeutung der Arbeit erhöht die empfundene Inkongruenz und damit auch das individuelle Stress-Empfinden.

Gesucht wurden mit dieser Frage neben einem möglichen Einfluss auf den Integrationserfolg explorativ unterschiedliche Kategorien der Bedeutung der Arbeit.

3. Haben Sie am Anfang der Maßnahme geglaubt, dass Sie wieder Arbeit finden werden?

Entsprechend des Rahmenmodells der Lebensplanung in Beruf und Privatleben (Abele 2002) beeinflussen Erwartungen und Ziele das Handeln, welches wiederum seinerseits die Handlungsergebnisse wie beruflichen Erfolg, Zufriedenheit, Wohlbefinden und Gesundheit bestimmt.

Der erwartete Rehabilitationserfolg wird in der Literatur als Prädiktor für erfolgreiche berufliche Integration erwähnt (Ciompi et al. 1978, Reker & Eikermann 1999), allerdings wurden die Teilnehmer zu Maßnahmebeginn nicht danach gefragt.

Daher wurde die Frage nach dem erwarteten Rehabilitationserfolg an dieser Stelle in das Qualitative Interview aufgenommen. Dabei werden die Teilnehmer aufgefordert sich an die Situation zu Beginn der Maßnahme zu erinnern.

4. Was hat Ihnen am meisten geholfen in der Maßnahme?

5. Was hat Sie gestört / eingeschränkt in der Maßnahme?

10. Was sollte Ihrer Meinung nach noch in die Maßnahme aufgenommen werden?

Die vierte, fünfte und zehnte Frage dienten in erster Linie dem internen Qualitätsmanagement der REHAaktiv darr GmbH.

Mit Hilfe der vierten Frage sollte außerdem herausgefunden werden, ob bei den Nennungen, abgesehen von den konkreten Seminarthemen, auch solche Kategorien gebildet werden

könnten, die entsprechend des Modells der manifesten und latenten Funktionen der Erwerbsarbeit (Jahoda 1986) als latente Funktionen der Erwerbsarbeit beschrieben wurden (Tagesstrukturierung, soziale Kontakte, übergeordnete Ziele, die Schaffung von Identität sowie der Zwang zu Aktivität).

6. Angenommen, sie hätten die Integrationsmaßnahme bei REHAaktiv nicht gemacht, wie würde dann wahrscheinlich Ihre heutige Situation aussehen?

Wie bereits unter 5.2 Studiendesign beschrieben, war es im Rahmen der zur Verfügung stehenden Rahmenbedingungen nicht möglich und ethisch nicht vertretbar eine Kontrollgruppe zu bilden, mit Hilfe derer Ursachenzuschreibungen von Veränderungen durch die Integrationsmaßnahme möglich gewesen wären. Die sechste Frage versucht diese Einschränkung durch einen nicht-experimentellen Ansatz des Kontrafaktischen Denkens zu relativieren: Die Differenz zwischen dem Ergebnis bei Maßnahmeteilnahme (dem Faktischen) und dem Ergebnis bei Nichtteilnahme (dem Kontrafaktischen) wäre – nach den Millschen Regeln der Induktion – die Wirkung der Maßnahme (Beiderwieden 2001). Es wird davon ausgegangen dass die befragten Maßnahmeteilnehmer einschätzen können, was mit Ihnen passiert wäre, wenn sie an der Maßnahme nicht teilgenommen hätten. So wurde versucht durch diese gestellte Frage subjektiv aus der Sicht der Maßnahmeteilnehmer eine Veränderung ihrer Situation durch die Wirkung der Maßnahme zu identifizieren.

Die Idee zu dieser Frage entstand erst nachdem bereits die ersten drei Interviews durchgeführt wurden. Daher wurden die Spalten der entsprechend nicht befragten Teilnehmer grau unterlegt.

7. Was sind Sie für ein Typ Mensch?

Diese sehr allgemein gehaltene Frage sollte behilflich sein bei der explorativen Suche nach Mustern, die für die erfolgreiche berufliche Integration nützlich sein könnten.

Entsprechend des Funktionsmodells der Eigeninitiative (Frese et. al. 2002) bestand die Möglichkeit, dass die Faktoren Selbstregulation (Fähigkeit, sich selbst Ziele zu setzen und diese über sich verändernde Umstände hinweg und trotz zwischenzeitlicher Misserfolge weiter zu verfolgen), Orientierungen (Kontrollerwartung, Selbstwirksamkeit, Veränderungsbereitschaft, Verantwortungsbereitschaft, Kontrollbewusstsein bei Entscheidungen) und Assertives Verhalten (Fähigkeit Forderungen zu stellen und

durchzusetzen und auch mit Fehlern adäquat umgehen zu können) in den Antworten als thematische Bausteine identifiziert werden würden.

8. *Wie selbstsicher sind Sie?*

Neben der quantitativen Einschätzung von starker oder schwacher Selbstsicherheit interessierte bei der Stellung dieser Frage gerade die biographische Entwicklung dieses Persönlichkeitsmerkmals, das durch psychische Beeinträchtigungen sehr oft herabgesetzt ist oder aber als Überkompensation übertrieben stark ausgeprägt ist.

Auch diese Frage wurde zu dem gleichen Zeitpunkt wie die sechste Frage mit in das Interview aufgenommen, weshalb die gleichen drei zuerst befragten Teilnehmer nicht hierauf antworten konnten.

9. *Wie gehen Sie mit Stress um?*

Der Umgang mit Stress stellt für psychisch Beeinträchtigte nicht nur in Bezug auf Arbeit ein Hauptproblem dar. Die Einschätzung der eigenen Leistungsgrenzen, das Verhalten in Konfliktsituationen und die Anpassung an neue Situationen sind nur einige Beispiele aus dem sehr umfangreichen Stress-Bewältigungs-Bereich.

Zempel und Frese (2000) zufolge sollten aktive Bewältigungsmechanismen, die auf eine Lösung des Problems abzielen, zu einer baldigen Wiederbeschäftigung führen, wogegen passive Vorgehensweisen wie Resignation oder Abwarten eher die Dauer der Erwerbslosigkeit erhöhen.

Die gestellte Frage sollte explorativ die Beziehung zwischen dem Umgang mit Stress und der beruflichen Integration näher beleuchten.

Wenn es inhaltlich angebracht erschien, wurden Zwischenfragen gestellt, größtenteils bei Verständnisunklarheiten oder um den Befragten weitere Äußerungen zu entlocken.

Die Gespräche dauerten zwischen 20 und 60 Minuten.

4.5 Verfahren der Datenanalyse

Während der Datenerhebungsphase erfolgte die Eingabe der Daten in das Datenbankprogramm Access. Bei der Eingabe konnten die Mitarbeiter der REHAaktiv darr GmbH auf eine Datenbankmaske zurückgreifen, die inhaltlich und formal den jeweils genutzten Fragebögen (insbesondere Teilnehmerprofil und Übersichtsblatt der durchgeführten psychodiagnostischen Testung) entsprach, was die Eingabe erleichtern sollte.

Für alle eingesetzten psychodiagnostischen Tests wurden nach den jeweiligen Handbüchern oder Auswertungsanleitungen Skalewerte berechnet.

Die Plausibilitätskontrollen dienten der Überprüfung auf Eingabefehler und der Identifizierung von Werten außerhalb des Wertebereichs. Bei unplausiblen oder fehlenden Werten wurden die entsprechenden Werte so weit wie möglich aus den Originalunterlagen nachrecherchiert und andernfalls als fehlend betrachtet.

Die Datenauswertung umfasst eine Stichprobenbeschreibung, die Hypothesenprüfung, die Erstellung und Überprüfung von Prognosemodellen sowohl für die erfolgreiche Integration als auch für die gesundheitliche Stabilität der betrachteten Maßnahmeteilnehmer sowie eine Veränderungsmessung (Prä-Post-Test-Analyse).

Getestet wurde zweiseitig mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 5\%$.

Die Voraussetzung der Normalverteilung der Variablen wurde rechnerisch mittels Kolmogorov-Smirnov-Tests und zusätzlich graphisch mit Hilfe von Histogrammen überprüft. Hierbei ist hinzuzufügen, dass die im Zusammenhang mit Regressionsanalysen geforderte strengere Voraussetzung der multivariaten Normalverteilungsannahme vernachlässigbar ist, sofern die Stichprobengröße (N) im Verhältnis zur Anzahl der Prädiktoren (k) ausreichend groß ist. Nach Bortz (2005) sollte der Stichprobenumfang $N > 40$ bei $k < 10$ liegen, was in der vorliegenden Untersuchung der Fall ist.

Hypothesenprüfung

Die Hypothesenprüfung in Form von Gruppenvergleichen (integriert versus nicht integriert; Abbrecher versus Nichtabbrecher) erfolgte je nach Datenniveau der unabhängigen Variablen bei metrischem, normalverteiltem Datenniveau anhand von Mittelwertvergleichen mit dem T-Test für zwei unabhängige Stichproben, bei ordinalem oder metrischem nicht normalverteiltem Datenniveau mit dem U-Test (Mann & Whitney) für zwei unabhängige Stichproben und bei nominalem Datenniveau mit Hilfe von Kreuztabellen und anschließendem Chi²-Test nach Pearson.

Die Testung auf Normalverteilung erfolgte mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests. Bei nicht nachgewiesener Normalverteilung erfolgte eine Prüfung anhand des Histogramms.

Zusammenhänge zu der Anzahl der prozentualen Krankheitstage (nicht normalverteilt) wurden für metrisches Datenniveau der unabhängigen Variablen durch Korrelationen nach Spearman gerechnet. Für nominales Datenniveau wurde der U-Test nach Mann & Whitney für zwei unabhängige Stichproben (Merkmal vorhanden versus Merkmal nicht vorhanden) geprüft.

Prä-Post-Test-Analyse

Eine Prä-Post-Test-Analyse erfolgte mit ausschließlich metrischem Datenniveau durch den T-Test für verbundene Stichproben.

Für die ausführliche Beschreibung der verwendeten statistischen Verfahren sei an dieser Stelle auf Bortz (2005) verwiesen. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Software-Programm SPSS für Windows 14.0.

Multivariate Testverfahren für die Berechnung von Prognosemodellen

Die oft komplexen Beziehungen der verschiedenen Prognosefaktoren untereinander machen den Einsatz von multivariaten Testverfahren unverzichtbar.

Die durch die Hypothesenprüfung als Erfolg versprechend identifizierten Prognosefaktoren wurden für die Vorhersage der dichotomen Merkmale Integrationserfolg und Maßnahme-Abbruch einer binären logistische Regressionsanalyse unterzogen. Zur Vorhersage der prozentualen Krankheitstage wurde eine Multiple lineare Regressionsanalyse berechnet.

Als Methode bei den Regressionsanalysen wurde prinzipiell die Einschlussmethode gewählt. Bei dieser Methode gehen alle unabhängigen Variablen zusammen in die Regression ein. Jede unabhängige Variable wird danach bewertet, wie viel sie im Gegensatz zu den anderen unabhängigen Variablen zur Vorhersage der abhängigen Variable beiträgt (Tabachnik & Fidell, 1996). Diese Vorgehensweise ist empfehlenswert, wenn keine Hypothesen über die Reihenfolge, in der Variablen in die Regression eingehen sollen, vorliegen (Tabachnik & Fidell, 1996).

Die Diskriminanzanalyse ist ein weiteres multivariates Verfahren, bei der im Gegensatz zur Regressionsanalyse keine kontinuierliche Kriteriumsvariable vorliegen muss, sondern das Prädiktionskriterium meist durch Dichotomisierung vorgenommen werden kann. Die Berechnung einer Trefferquote erlaubt die bedingte Wahrscheinlichkeitsaussage über eine korrekte Zuordnung zu den vorher definierten Gruppen. Als Prädiktoren wurden die Variablen aus der Regressionsanalyse übernommen.

5 Ergebnisse

Das folgende Kapitel beschäftigt sich im Anschluss an die Deskriptive Statistik mit der Darstellung der Ergebnisse getrennt für die beiden Bereiche Prädiktoren der beruflichen Integration und Prädiktoren für den Abbruch der Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen. Es werden jeweils zuerst die Hypothesen, sortiert nach Datenniveau der Unabhängigen Variablen, geprüft und anschließend Vorhersagemodelle per Multivariater Datenanalyse berechnet.

5.1 Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden werden die wichtigsten demographischen, biographischen und gesundheitlichen Variablen sowie Variablen zur Qualifikation beschreibend für die untersuchte Stichprobe dargestellt.

Tabelle 4: Geschlechterverhältnis

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
weiblich	101	49.0
männlich	105	51.0
gesamt	206	100.0

Das Geschlechterverhältnis der Teilnehmer gestaltete sich ausgeglichen mit einem Frauenanteil von 49 Prozent.

Tabelle 5: Altersverteilung

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Unter 20 Jahren	1	0.5
21-30 Jahre	25	11.9
31-40 Jahre	72	35
41 bis 50 Jahre	81	39.3
Über 50 Jahre	27	13.1
gesamt	206	100.0

Bei einem Durchschnittsalter von 41 Jahren war der größte Anteil der Gruppe mit 39% zwischen 41 und 50 Jahren zuzuordnen. Knapp 36% der Teilnehmer waren zwischen 31 und 40 Jahren alt. Verhältnismäßig niedrig war der Anteil der 21 bis 30-jährigen Teilnehmer. Lediglich ein Teilnehmer war unter 20 Jahren alt (19). Dies ist damit zu erklären, dass die

Altersgruppe der unter 25-jährigen erwerbsfähigen Menschen gehäuft durch (Aus)bildungsmaßnahmen gefördert wird (z.B. berufsvorbereitende Bildungs-Maßnahmen bis 25 Jahre nach SGB III § 61, Einstiegsqualifizierungen u. ä.).

Im Gegensatz hierzu war mit knapp 14% der Anteil über 50-jähriger Maßnahmeteilnehmer recht hoch.

Tabelle 6: Familienstand

	Häufigkeit	Prozent
ledig	120	58.3
verheiratet	39	18.9
geschieden	41	19.9
verwitwet	6	2.9
gesamt	206	100.0

Mit 58,3% war der Anteil lediger Maßnahmeteilnehmer ausgesprochen hoch. Verglichen mit 44,5% lediger Berliner ab 18 Jahren und 35,8% lediger Berlinerinnen laut dem Amt für Statistik Berlin Brandenburg aus dem Jahre 2006 erscheint dieser Wert immer noch recht hoch.

Zusätzlich wurde die Frage gestellt, ob sich die Teilnehmer derzeit in einer festen Partnerschaft befinden.

Auf diese Weise ergab sich ein Anteil von 27,2% in fester Partnerschaft (inklusive verheiratete) gegen 72,8% ohne feste Partnerschaft. Laut statistischem Landesamt sind in Berlin 49% Einfamilienhaushalte registriert. Geht man davon aus, dass es sich hierbei überwiegend um Menschen ohne festen Partner handelt, so ergibt sich immer noch eine deutliche Diskrepanz von über 20% zwischen den hier betrachteten Maßnahmeteilnehmern und der allgemeinen Berliner Bevölkerung.

Betrachtet man die Anzahl der Kinder, die sich noch im eigenen Haushalt befinden, so ist zu erkennen, dass lediglich 23,3 % der Maßnahmeteilnehmer zumindest ein Kind versorgen mussten. Nicht berücksichtigt hierbei wurden insbesondere Väter, deren Kinder bei der Mutter leben, die aber ihren finanziellen und / oder sozialen Pflichten als Elternteil nachkommen.

Der relativ geringe Anteil von 5,7% nicht deutscher Maßnahmeteilnehmer war vernachlässigbar klein. Im Nachhinein erschien eine Erhebung von **Deutsch als Fremdsprache** sinnvoll, da auch eingebürgerte Maßnahmeteilnehmer teilweise mit deutlichen

Sprachschwierigkeiten zu kämpfen hatten, die sich negativ auf eine erfolgreiche Integration auswirken könnten.

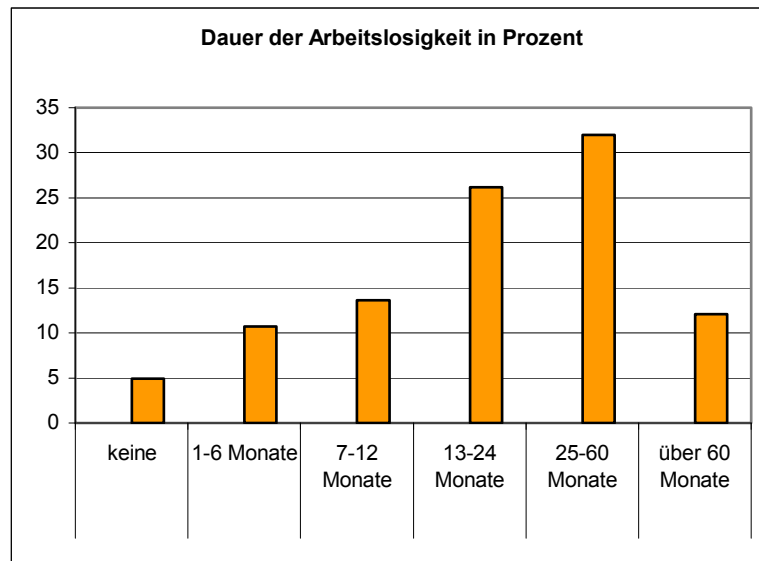


Abbildung 7: Dauer der Arbeitslosigkeit

Zehn betrachtete Teilnehmer befanden sich zu Beginn der Maßnahme noch in einem bestehenden Arbeitsverhältnis. Die Ursachen hierfür lagen zumeist in noch zu klärenden Ansprüchen des Arbeitnehmers. Teilweise ruhte das Arbeitsverhältnis aufgrund vorheriger ausgedehnter krankheitsbedingter Fehlzeiten.

Nur ein geringer Anteil von 10,7% war vor Maßnahmebeginn weniger als ein halbes Jahr arbeitslos. 32% waren ein bis zwei Jahre ohne Arbeit und ein erschreckender Anteil von 44% war teilweise deutlich über zwei Jahre zuvor arbeitslos, 12,1% gar länger als 5 Jahre ohne versicherungspflichtige Tätigkeit.

Eine Maßnahmeteilnehmerin hat keine Angaben zur Dauer ihrer bisherigen Arbeitslosigkeit gemacht.

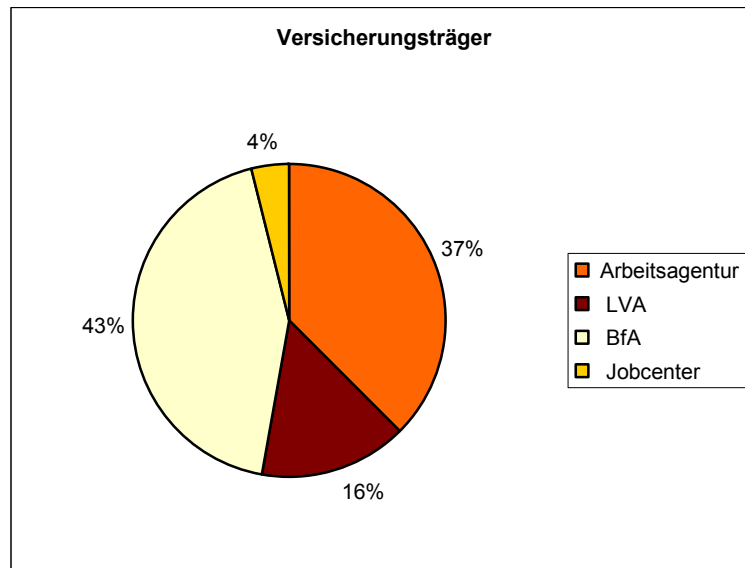


Abbildung 8: Versicherungsträger

Vergleicht man die Anzahl der von der Arbeitsagentur und von der heutigen Rentenversicherung finanzierten Maßnahmeteilnehmer, so ergibt sich ein Anteil von 41% für die Arbeitsagentur inklusive Jobcenter und ein Anteil von knapp 59% für die Rentenversicherung. Hierbei überwogen Teilnehmer der ehemaligen BfA mit 43,2% deutlich gegenüber Teilnehmern der ehemaligen LVA mit 15,5%.

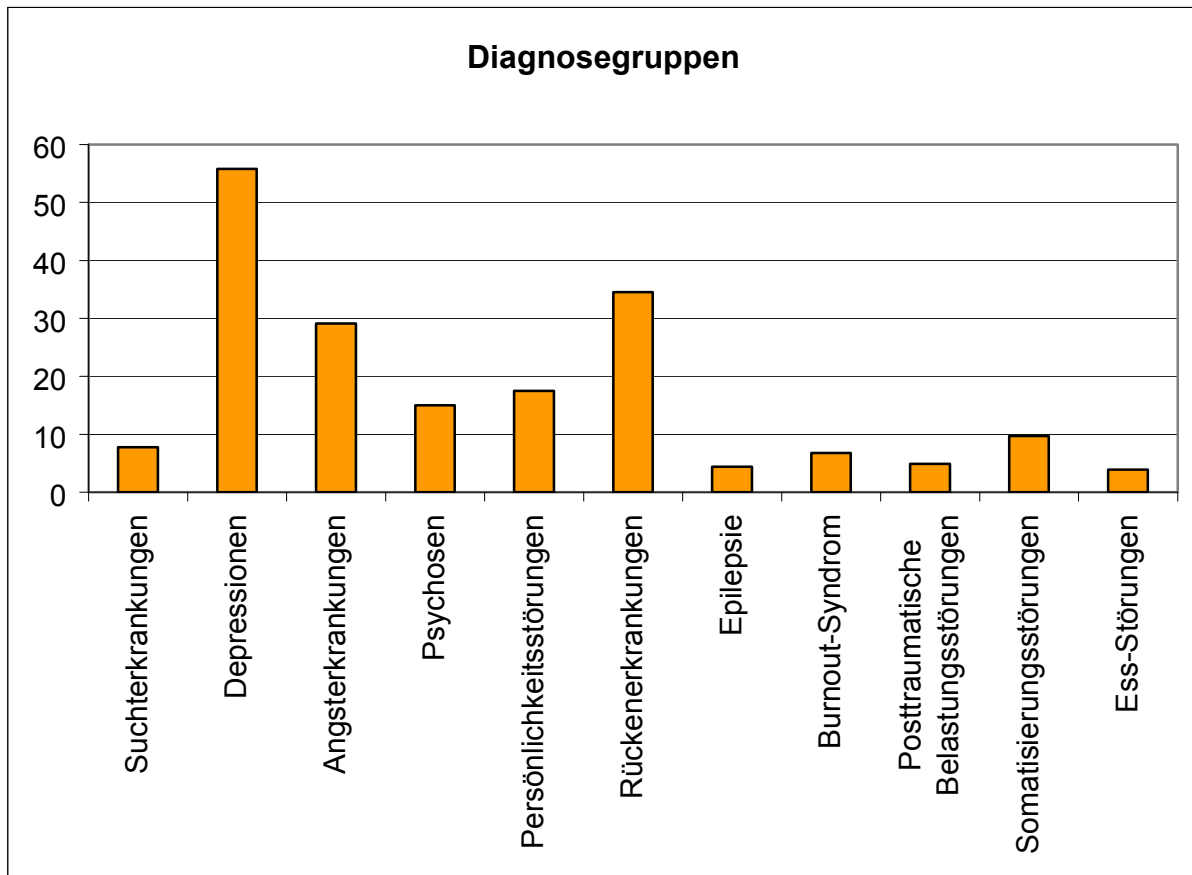


Abbildung 9: Diagnosegruppen

Die Bildung grober Diagnoseklassen erschien sinnvoll, da die Diagnostizierung nach internationalem Klassifikationssystem der WHO (ICD-10) sehr detailliert erfolgte. Bei den in dieser Tabelle aufgeführten Diagnosegruppen waren Mehrfachdiagnosen keine Seltenheit, weshalb die Gesamtprozentzahl von 100 deutlich überschritten wurde. Insbesondere Depressionen und Angsterkrankung traten bei den hier betrachteten Maßnahmeteilnehmern häufig gemeinsam auf, ebenso waren Rückenerkrankungen stets an eine psychische Diagnose gekoppelt.

Reichlich jeder zweite Maßnahmeteilnehmer litt unter einer depressiven Erkrankung. Am häufigsten waren hierbei Rezidivierende depressive Störungen (F 33) zu finden, gefolgt von Depressiven Episoden (F32), Anhaltenden affektiven Störungen (F34), Anpassungsstörungen (F 43.2) sowie bipolaren affektiven Störungen (F31).

Innerhalb der Erkrankungen des Skelettbereiches dominierten Erkrankungen der Lenden- und Halswirbelsäule.

Ebenfalls gehäuft vertreten waren Angsterkrankungen. Von besonderer Bedeutung waren hierbei Ängste mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren, was die Möglichkeiten einer beruflichen Integration zunächst einschränkte. Aber auch soziale Ängste traten gehäuft auf,

die insbesondere während der intensiven Seminararbeit zunächst Schwierigkeiten mit sich brachten, im weiteren Verlauf aber zumeist gut bearbeitet werden konnten.

Knapp 14% der Maßnahmeteilnehmer litten unter einer Psychose des schizophrenen Formenkreises.

Die Subsummierung aller Persönlichkeitsstörungen in einer gemeinsamen Kategorie sollte hier als Behelf angesehen werden, da symptomatisch sehr verschiedene Persönlichkeitsstörungen (schizoide Persönlichkeitsstörung, sensitive Persönlichkeitsstörung, histrionische Persönlichkeitsstörung, Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline, sozialunsichere Persönlichkeitsstörung) bei den betrachteten Maßnahmeteilnehmern auftraten. Die Bildung eigener Kategorien erschien aufgrund der geringen Fallzahlen nicht sinnvoll. Gleichzeitig unterscheiden sich die Krankheitsbilder der einzelnen Persönlichkeitsstörungen teilweise fundamental voneinander, weshalb eine gemeinsame Kategorie nicht inhaltlich interpretiert werden sollte.

Von Bedeutung war des Weiteren ein Anteil von knapp 10% der Teilnehmer, die unter Somatisierungsstörungen litten und ca. 8%, die zumindest in der Vergangenheit an einer Suchterkrankung litten. Hierbei überwogen Alkoholerkrankungen. Trotz der Voraussetzung der Abwesenheit von aktuellen Alkoholerkrankheiten musste in Einzelfällen festgestellt werden, dass die Sucht noch akut vorhanden war. In diesen Fällen erfolgte der Abbruch der Maßnahme.

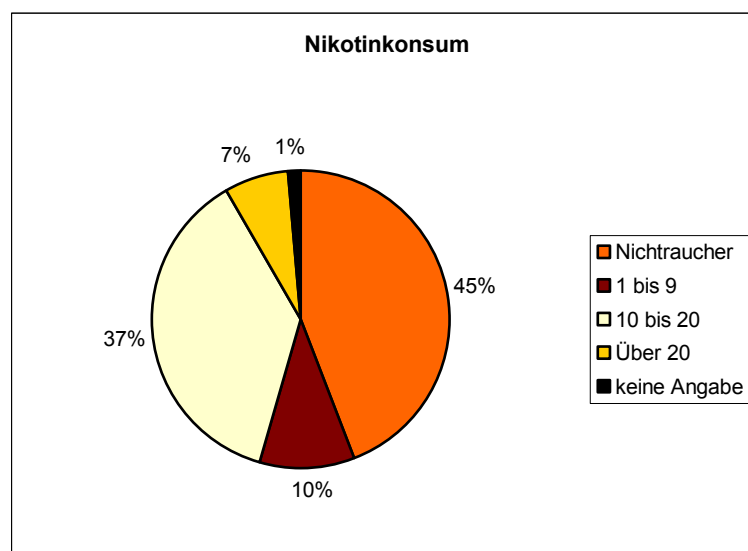


Abbildung 10: Nikotinkonsum

Die reichliche Hälfte (55%) der Maßnahmeteilnehmer rauchte regelmäßig, worunter der größte Teil mit 37,4% als mittelstarke Raucher mit einem Konsum von 10 bis 20 Zigaretten täglich zu bezeichnen waren.

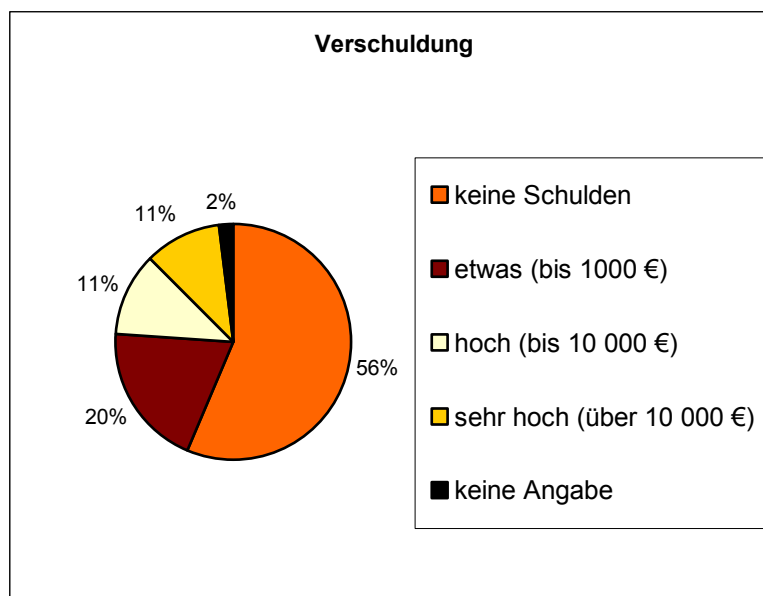


Abbildung 11: Verschuldung

Erschreckend erschien der Anteil von 44,3% der Maßnahmeteilnehmer die verschuldet waren. Verglichen mit der interindividuell unterschiedlichen persönlichen Belastung aufgrund finanzieller Probleme war festzustellen, dass 77,6% der Maßnahmeteilnehmer unter ihren finanziellen Problemen litten. Daraus ergab sich der Schluss, dass auch schuldenfreie Maßnahmeteilnehmer aufgrund finanzieller Engpässe belastet waren.

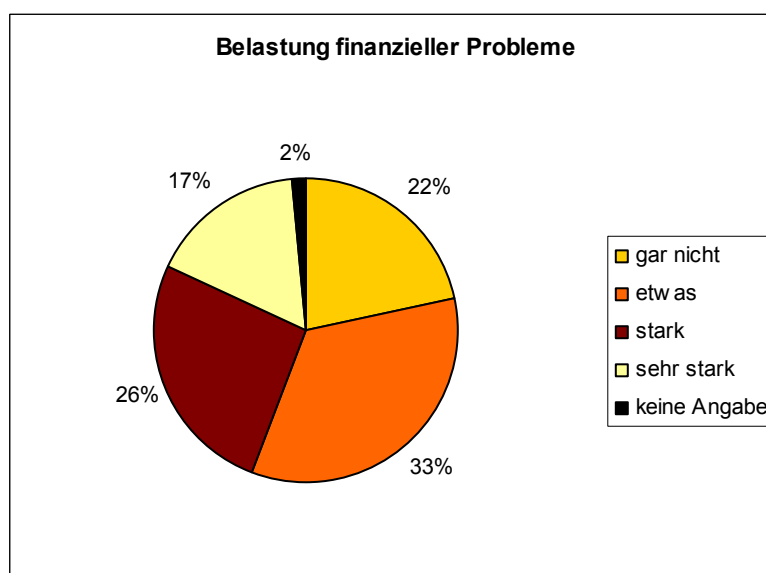


Abbildung 12: Belastung finanzieller Probleme

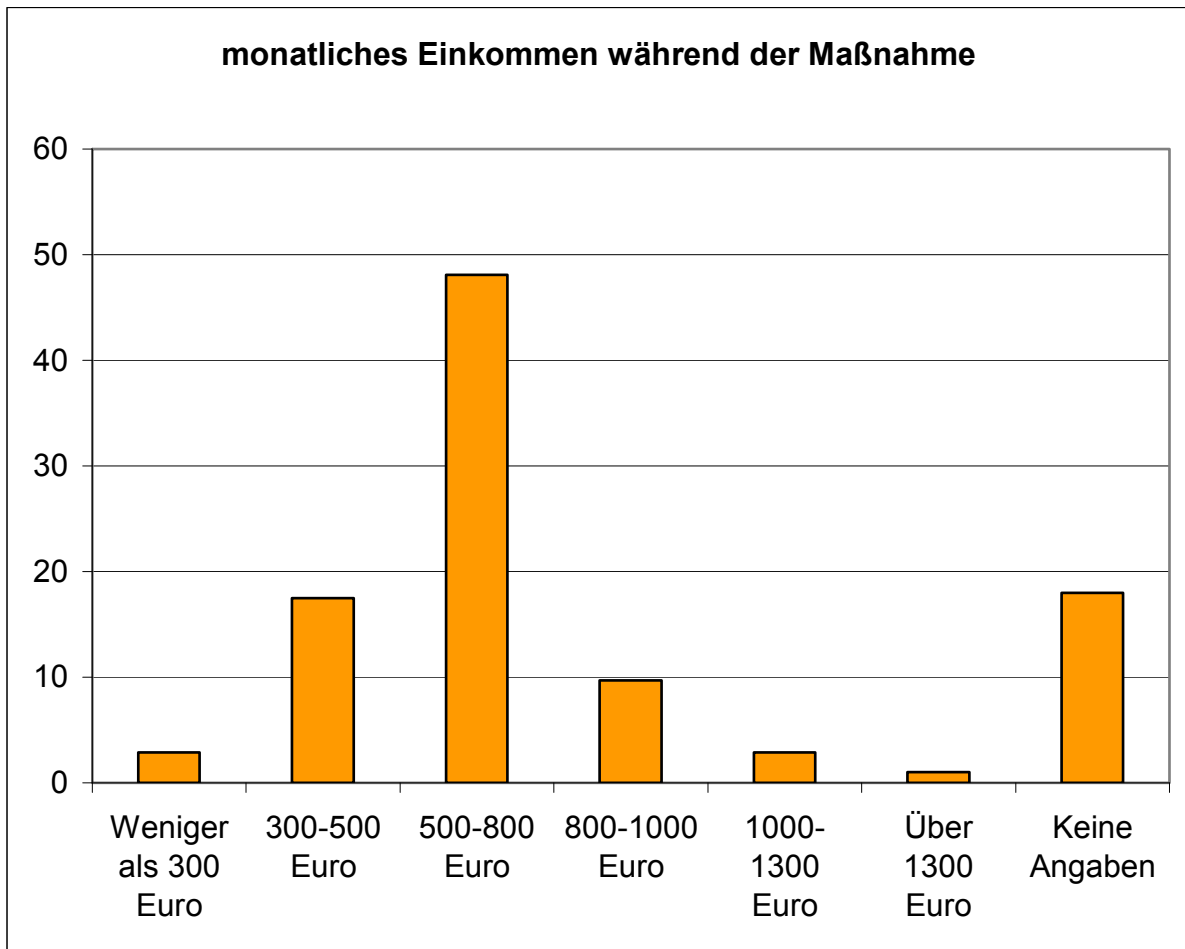


Abbildung 13: Finanzielle staatliche Unterstützungsleistung

Auf die sehr persönliche Frage nach dem Einkommen antworteten 18% der Befragten nicht. Die knappe Hälfte der Befragten erhielt zwischen 500 bis 800 Euro staatliche Unterstützungsleistungen.

Lediglich 15% der Maßnahmeteilnehmer waren Mitglied in einem Verein (zumeist Sportvereine) und nur 9% engagierten sich in unterschiedlichen Organisationen (z.B. Umweltschutzorganisationen oder kirchliche Organisationen).

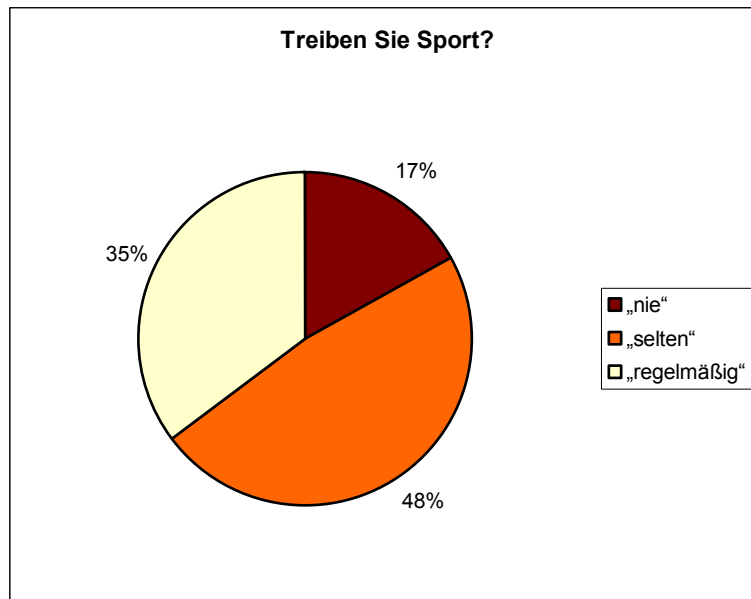


Abbildung 14: Sportliche Aktivitäten

Auf die Frage „Treiben Sie Sport?“ antworteten nur 35% mit „regelmäßig“, der Großteil von ca. 65% antwortete mit „nie“ oder „selten“.

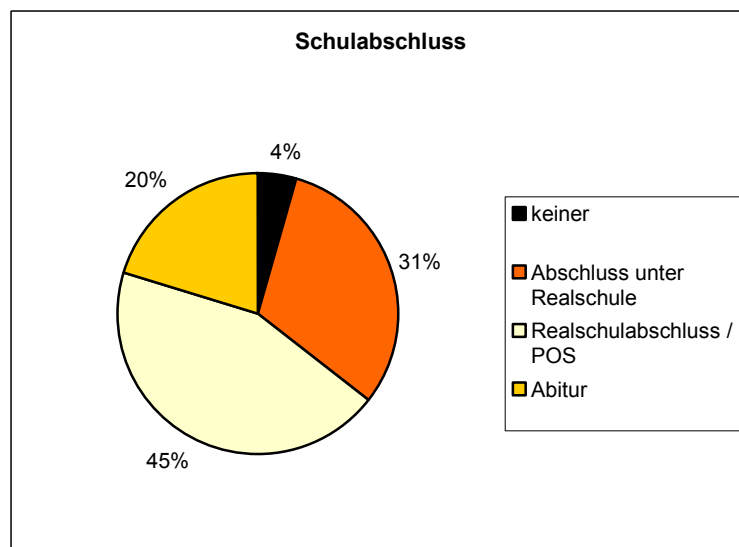


Abbildung 15: Schulabschluss

Ein äußerst differenziertes Bild ergab sich bei der Frage nach dem Schulabschluss der Maßnahmeteilnehmer. 4,4% konnten mit keinerlei Schulabschluss aufwarten. 31,4% der Maßnahmeteilnehmer verfügten über einen offiziellen Schulabschluss, der jedoch qualitativ unterhalb des Abschlusses der Realschule stand. Hierunter fielen Hauptschulabschlüsse, qualifizierte Hauptschulabschlüsse sowie Abschlüsse der 9. Klasse.

Der Großteil (43,3%) der Maßnahmeteilnehmer verfügte über einen Realschulabschluss oder aber einen Abschluss der früheren Polytechnischen Oberschule. Wegen der grundlegend

verschiedenen Schulsysteme in der früheren DDR verglichen mit der Bundesrepublik Deutschland musste ein Weg gefunden werden die zahlreichen Maßnahmeteilnehmer mit 10.-Klasse-Abschluss sinnvoll in eine der heute üblichen Kategorien einzuteilen. Auch wenn der 10. Klasse-Abschluss der Deutschen Demokratischen Republik nicht in jedem Fall mit dem Realschulabschluss der Bundesrepublik vergleichbar ist, wurde diese Gruppierung gewählt, um ein zu komplexes Kategoriensystem zu vermeiden.

20% der Maßnahmeteilnehmer verfügten über die allgemeine Hochschulreife.

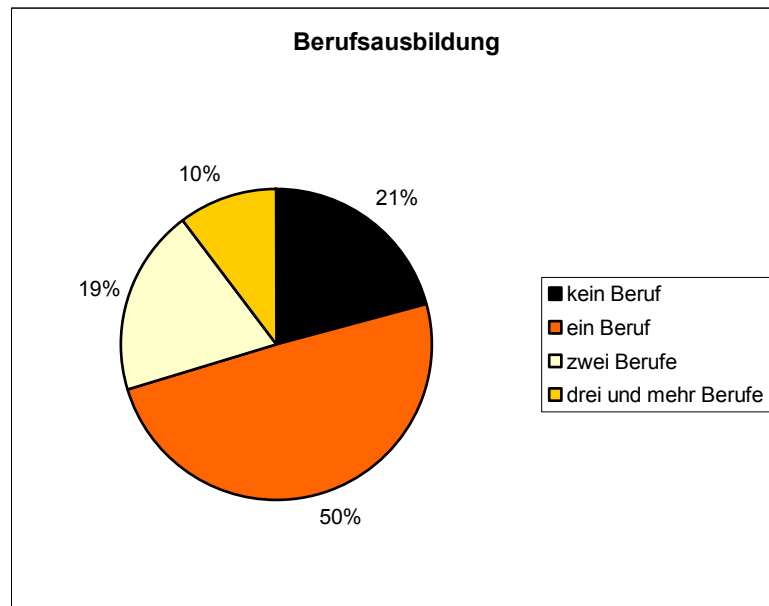


Abbildung 16: Berufsausbildung

Auf die Frage nach erfolgreich absolvierten Berufsausbildungen ergab sich für die hier betrachteten Seminarteilnehmer eine erschreckend hohe Zahl von 27,1% ohne jegliche abgeschlossene Berufsqualifizierung. Der überwiegende Teil von knapp 43% konnte zumindest einen abgeschlossenen Beruf vorweisen, während 29% in ihrem bisherigen Lebenslauf mehr als eine Berufsausbildung erfolgreich beendeten.

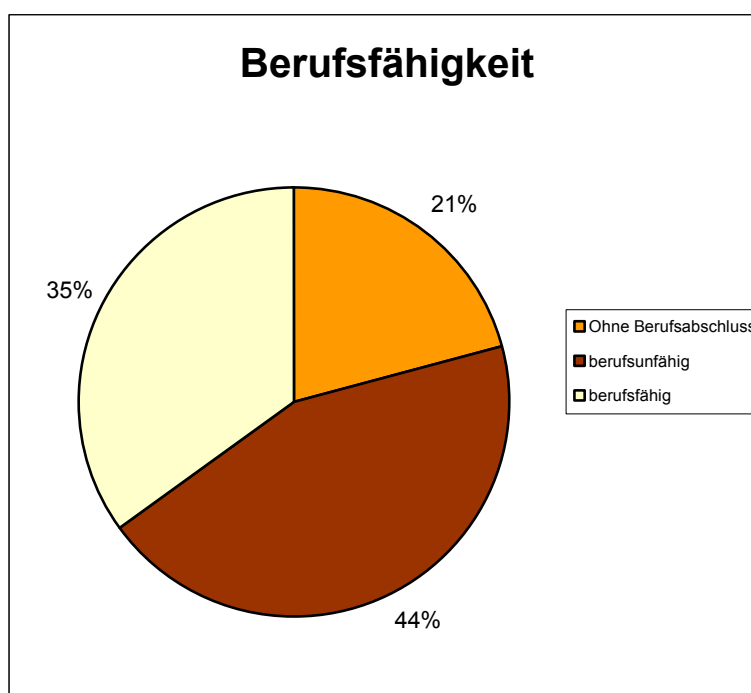


Abbildung 17: Berufsfähigkeit

Es wird deutlich, dass 44% der Maßnahmeteilnehmer für ihren erlernten Beruf berufsunfähig aufgrund psychischer bzw. körperlicher Einschränkungen sind. Lediglich 35% der Seminarteilnehmer waren für wenigstens einen ihrer erlernten Berufe berufsfähig und hätten in diesen Beruf integriert werden können.

5.1.1 Vollständigkeit der Datensätze

Tabelle 7: Variablen mit fehlenden Daten

<i>Variablen Teilnehmerprofil</i>	<i>Fehlende Daten</i>
Dauer der Arbeitslosigkeit	1
Frequenz der Arbeitssuche	3
Anzahl Bewerbungen der letzten 4 Wochen	4
Anzahl Bewerbungen gesamt	11
Anzahl Vorstellungsgespräche der letzten 4 Wochen	4
Anzahl Vorstellungsgespräche gesamt	7
Alkoholkonsum prä	5
Alkoholkonsum post	103
Nikotinkonsum prä	3
Nikotinkonsum post	112
Einkommen	37
Familieneinkommen	126
Verschuldung	4
Belastung finanzieller Schwierigkeiten	3
Freizeitverhalten	20

Bei den im Teilnehmerprofil fehlenden Daten handelt es sich größtenteils um von den Teilnehmern bewusst nicht beantwortete Fragen. So wurde die Frage nach dem aktuellen Einkommen von 37 Teilnehmern nicht beantwortet und die Frage nach dem Familieneinkommen von 126, weshalb letztere in die statistische Auswertung nicht aufgenommen wurde. Ebenfalls recht häufig unbeantwortet blieb die Frage nach dem Freizeitverhalten.

Insgesamt beantworteten die Teilnehmer die Fragen des Teilnehmerprofils erstaunlich bereitwillig und vollständig.

Tabelle 8: Fehlende Prä- und Post-Daten

Test	Fehlende Daten Prä	Fehlende Daten Post
MMPI	2	98
SVF 78	1	96
FKK	1	93
LMI-Engagement	0	96
LOT-Optimismus	1	96
BIP	0	92
LPS	1	-
D2	1	-

Die fehlenden Werte innerhalb der psychodiagnostischen Testung sind einerseits durch Fehlen aufgrund von Krankheit oder Praktikum (insbesondere bei der Post-Testung) zurückzuführen, andererseits wurden bestimmte Fragebögen bewusst nicht ausgefüllt, weil die Fragen dem betreffenden Teilnehmer zu intim erschienen, was beispielsweise für beide fehlenden Werte beim MMPI zutraf.

5.1.2 Deskriptive Statistik der Testvariablen

Insgesamt lagen für die Prä-Testung 200 vollständige Datensätze vor.

Die drei Testverfahren MMPI, SVF-78 und FKK wurden mit insgesamt 25 Testskalen mit Hilfe von T-Werten skaliert. Bei Betrachtung der Mittelwerte fiel beim MMPI für die aufgenommenen Skalen eine deutliche Erhöhung über dem eigentlichen Mittelwert 50 auf bei gleichzeitig erhöhter Standardabweichung.

Dagegen lagen die Mittelwerte für den FKK leicht unter dem normierten Mittelwert von 50. Die erhobenen Mittelwerte des SVF-78 pendelten für die Positiv-Strategien recht regelmäßig um den 50-er Mittelwert herum, waren jedoch für die Negativ-Strategien erhöht.

Tabelle 9: Testverfahren mit T-Wert-Skalierung

		<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standard- abweichung</i>
MMPI	Depressivität	204	39	94	65,25	13,030
	Selbstabwertung	204	42	98	63,93	14,048
	Generalisierte Angst	204	35	89	62,06	12,294
	Phobien	204	35	88	51,09	11,399
	MMPI MAC (Alkoholismus)	204	30	79	50,33	10,405
	Psychosomatik	204	36	93	58,90	11,816
	Beziehungsprobleme	204	37	87	61,61	11,468
	Familienprobleme	204	35	84	57,17	12,230
SVF-78	<i>Positivstrategien</i>	205	22	77	49,29	11,215
	Herunterspielen	205	23	77	46,49	12,340
	Schuldabwehr	205	23	73	51,54	11,002
	Ablenkung	205	23	77	50,37	9,463
	Ersatzbefriedigung	205	23	75	51,90	9,238
	Situationskontrolle	205	25	75	48,52	11,269
	Reaktionskontrolle	205	29	75	50,81	10,411
	Positive Selbstinstruktion	205	23	75	46,80	13,284
	<i>Negativstrategien</i>	205	22	80	55,85	13,194
	Flucht	205	23	77	54,68	12,626
	Gedankl. Weiterbeschäftigung	205	23	72	52,04	11,204
	Resignation	205	25	77	57,17	12,716
	Selbstbeschuldigung	205	27	77	53,66	11,958
	Soziale Unterstützung	205	28	75	53,70	10,675
FKK	Selbstkonzept	205	20	73	44,84	11,756
	Selbstwirksamkeit	205	26	88	46,72	12,070
	Internalität	205	23	80	47,99	12,537

Die Skalierung des BIP und des LMI erfolgte 10-stufig. Der LPS-Gesamt-Wert wurde auf einer IQ-Skala (Mittelwert 100, Standardabweichung 15) angezeigt, während die Standardwerte für den D-2-Test auf einem Mittelwert von 100 und einer Standardabweichung von 10 normiert wurden. Der Mittelwert des LOT entsprach fast genau dem standardisierten Mittelwert. Beim BIP zeigte sich, abgesehen von der Skala Gewissenhaftigkeit, ein verminderter Mittelwert bei der untersuchten Stichprobe. Der Mittelwert des LPS lag über dem standardisierten, während der Mittelwert der D2-Gesamt-Konzentrations-Skala unter dem standardisierten Mittelwert lag.

Tabelle 10: Testverfahren mit anderer Skalierung

		<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standard- abweichung</i>
LMI	Engagement	206	1	9	5,50	2,071
LOT	Optimismus	205	10	31	21,11	3,943
BIP	Handlungsorientierung	206	1	9	4,16	2,527
	Belastbarkeit	206	1	8	3,02	1,544
	Selbstbewusstsein	206	1	9	3,48	1,980
	Leistungsmotivation	206	1	9	4,01	1,792
	Flexibilität	206	1	8	2,93	1,506
	Teamorientierung	206	1	9	4,60	1,736
	Gewissenhaftigkeit	206	1	10	5,34	1,677
	Kontaktfähigkeit	205	1	10	3,88	1,790
LPS	Gesamt-IQ	205	75	140	108,05	11,650
D2	Tempo	205	70	119	91,78	10,308
	Sorgfalt	205	70	123	101,34	9,656
	Gesamt-Konzentration	205	70	120	92,07	10,513

Die folgenden Graphiken veranschaulichen die Abweichungen der untersuchten Stichprobe vom standardisierten Mittelwert.

Für den MMPI ergaben sich deutlich erhöhte Werte auf den Skalen „Depressivität“, „Selbstabwertung“, „Generalisierte Angst“ sowie „Beziehungsprobleme“. Lediglich die beiden Skalen „Phobien“ und „Alkoholprobleme“ entsprachen ungefähr der standardisierten Norm.

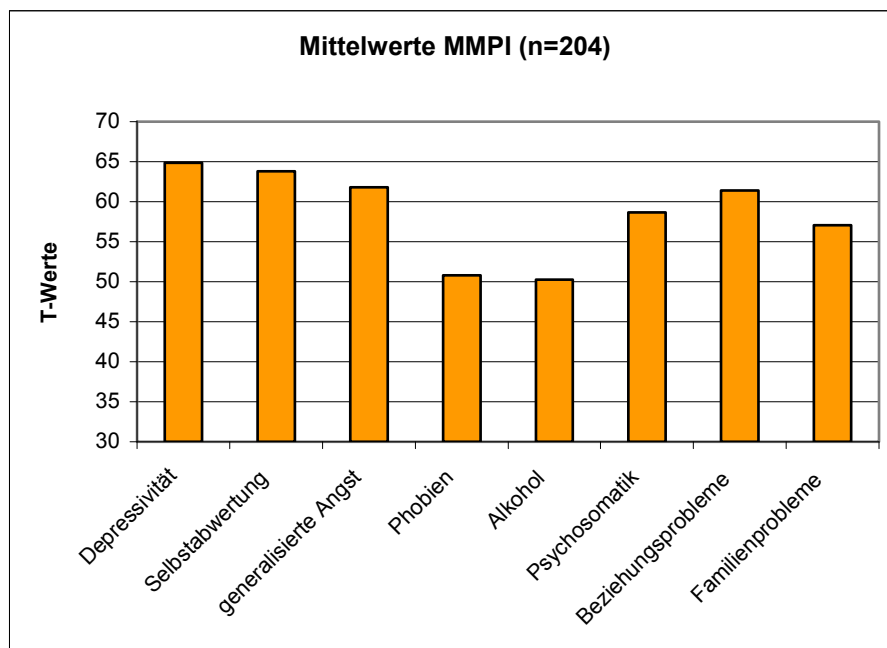


Abbildung 18: Mittelwerte MMPI

Die erhöhten Negativ-Strategien des SVF-78 (orange markiert) fanden für die erhobene Stichprobe in der Skala „Resignation“ ihren Höhepunkt. Die recht normkonformen Positiv-Strategien (grün markiert) wiesen etwas verminderte Werte auf den Skalen „Herunterspielen“ und „Positive Selbstinstruktion“ auf. Das als neutral zu bezeichnende „Soziale Unterstützungsbedürfnis“ (gelb markiert) wies keine auffälligen Abweichungen vom standardisierten Mittel-Wert auf.

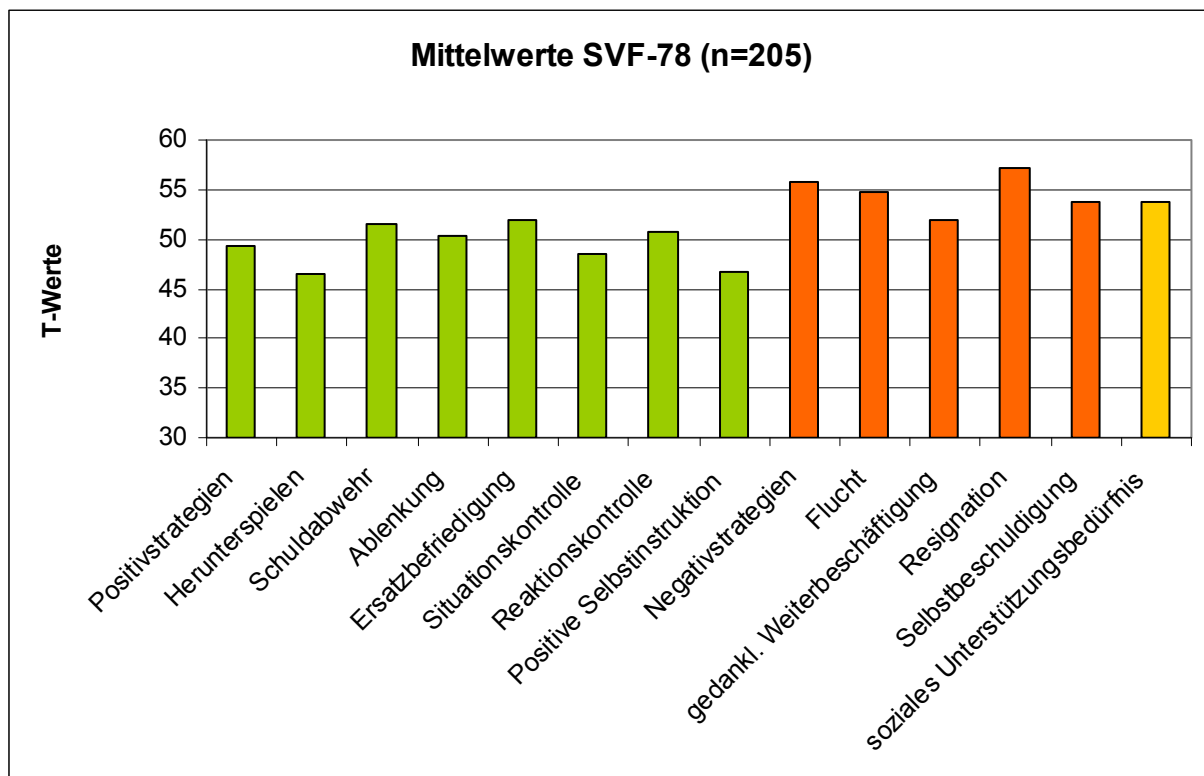


Abbildung 19: Mittelwerte SVF-78

Bezüglich der Mittelwerte des BIP zeigten sich für die untersuchte Stichprobe deutlich verminderte Werte auf den Skalen „Flexibilität“ und „Belastbarkeit“ sowie „Selbstbewusstsein“. Lediglich die Gewissenhaftigkeit lag etwas über dem normierten Mittelwert.

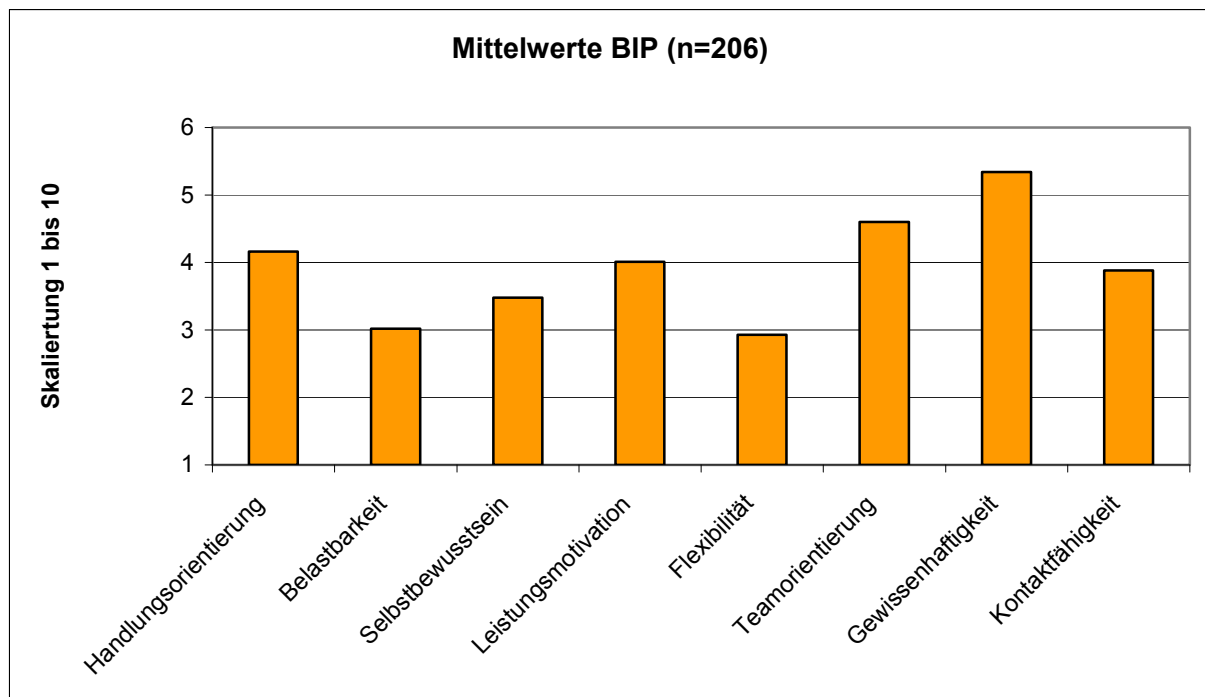


Abbildung 20: Mittelwerte BIP

5.2 Follow up

Wie aus der nachfolgenden Übersicht deutlich wird konnten 29,1% der Seminarteilnehmer in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden. Vier Teilnehmer wurden in eine Werkstatt für behinderte Menschen integriert und 39,3% beendeten die Maßnahme ohne eine berufliche Integration. Ein hoher Anteil von 25,7% musste die Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen abbrechen, während acht Teilnehmer aus sonstigen Gründen abbrachen. Diese sonstigen Gründe bestanden zumeist in anderen Vorstellungen von der Maßnahme. In einem Fall musste die Maßnahme aus disziplinarischen Gründen beendet werden.

Tabelle 11: Follow up

	Häufigkeit	Prozent
Integration 1. Arbeitsmarkt	60	29.1
Werkstatt für Behinderte	4	1.9
Abbruch aus gesundheitlichen Gründen	53	25.7
Abbruch aus sonstigen Gründen	8	3.9
Maßnahme abgeschlossen ohne Integration	81	39.3
gesamt	206	100

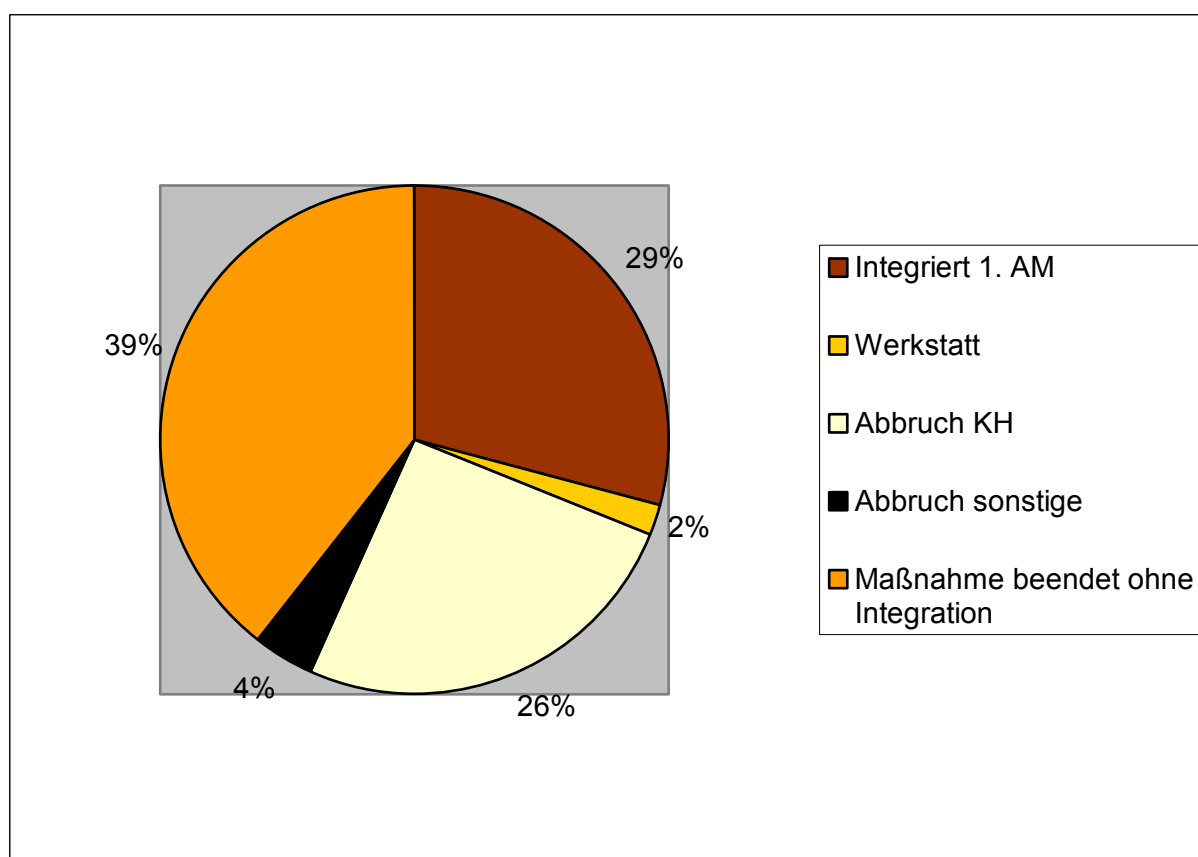


Abbildung 21: Follow up

Die Darstellung der prozentualen krankheitsbedingten Fehlzeiten an der gesamten Maßnahmezeit verdeutlicht, dass der Großteil der Maßnahmeteilnehmer 10% bis 20% krankheitsbedingt fehlten. 8,7% fehlten während der gesamten Maßnahmedauer nicht einen Tag und 17,5% fehlten mehr als 30% der Maßnahmedauer und schieden in den meisten Fällen gesundheitsbedingt vorzeitig aus.

Tabelle 12: Krankheitsbedingte Fehlzeiten während der Maßnahme

	Häufigkeit	Prozent an Gesamtmaßnahme
Keine Fehlzeiten	18	8.7
1 bis 4%	30	14.6
4 bis 10%	41	19.9
10 bis 20%	52	25.2
20 bis 30%	28	13.6
30 bis 40%	18	8.7
40 bis 50%	13	6.3
über 50%	6	2.9
gesamt	206	100.0

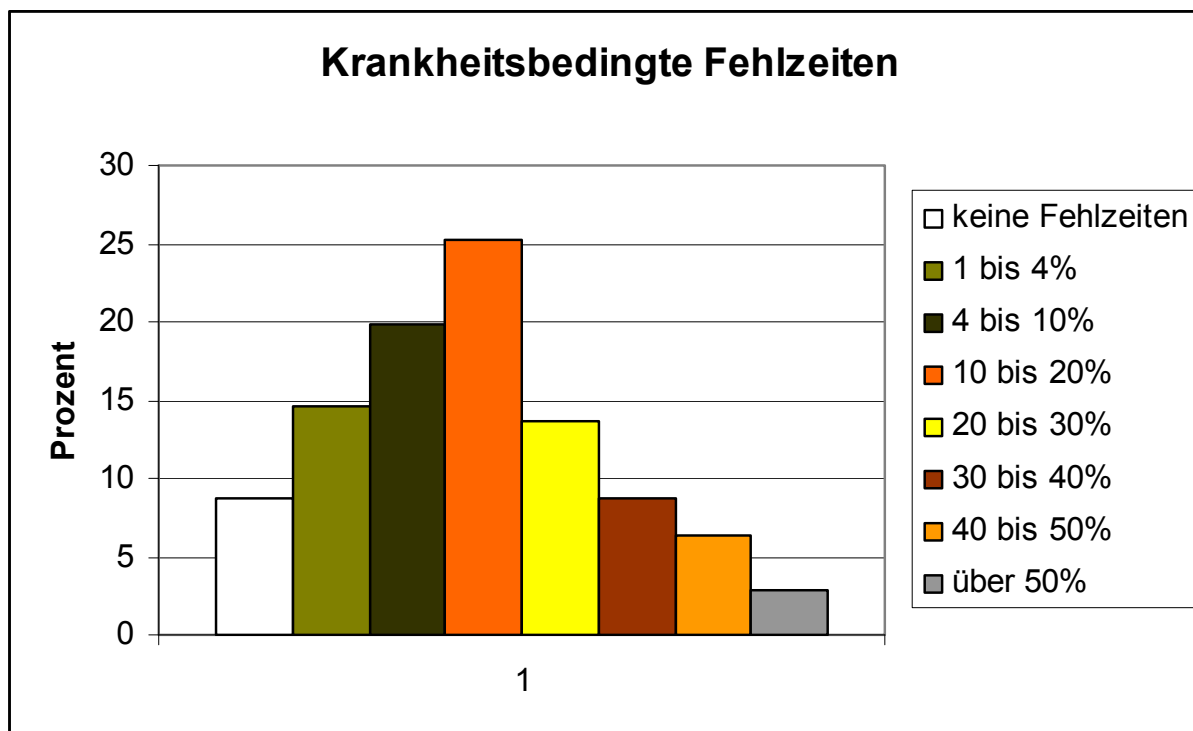


Abbildung 22: Krankheitsbedingte Fehlzeiten

Wie in der unteren Tabelle deutlich wird, erfolgte der Abbruch der Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen überwiegend im zweiten Maßnahmedrittel. 16 Teilnehmer brachen innerhalb des ersten Maßnahmedrittels und 11 kurz vor Maßnahme-Ende aus gesundheitlichen Gründen ab.

Tabelle 13: Maßnahmeabbruch aus gesundheitlichen Gründen im Verlauf der Maßnahme

	Häufigkeit	Prozent
Früh (im ersten Maßnahmedrittel)	16	30.2
Mittel (im zweiten Maßnahmedrittel)	26	49.1
Spät (im dritten Maßnahmedrittel)	11	20.8
gesamt	53	100.0

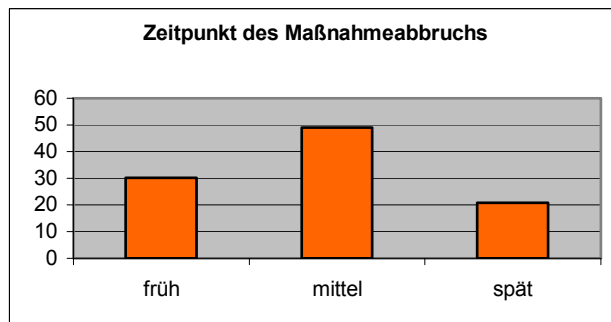


Abbildung 23: Zeitpunkt des Maßnahmeabbruchs

5.3 Prädiktoren beruflicher Integration psychisch Kranker

Für die Identifizierung von Prädiktoren der beruflichen Integration innerhalb der beschriebenen Maßnahme für psychisch Kranke wurden ausschließlich diejenigen Maßnahmeteilnehmer betrachtet, die die Maßnahme beendeten. Abbrecher aus gesundheitlichen sowie sonstigen Gründen wurden in die Berechnungen nicht mit eingeschlossen, da nicht zweifelsfrei geklärt werden konnte, wie die weitere Entwicklung dieser Maßnahmeteilnehmer aussah. (siehe Kapitel 6.5) Dadurch verringert sich die Stichprobengröße von $N=206$ auf $N=145$.

Innerhalb der Multivariaten Analyse-Verfahren kommt es aufgrund fehlender Angaben in den Variablen Einkommen und Verschuldung zu einer weiteren Verkleinerung der Stichprobe auf $N=116$. Da die Anzahl der Teilnehmer ohne Angaben zum Einkommen mit 26 recht hoch ist wurden die Regressions- und Diskriminanzanalysen gegebenenfalls zusätzlich ohne diese Variable gerechnet.

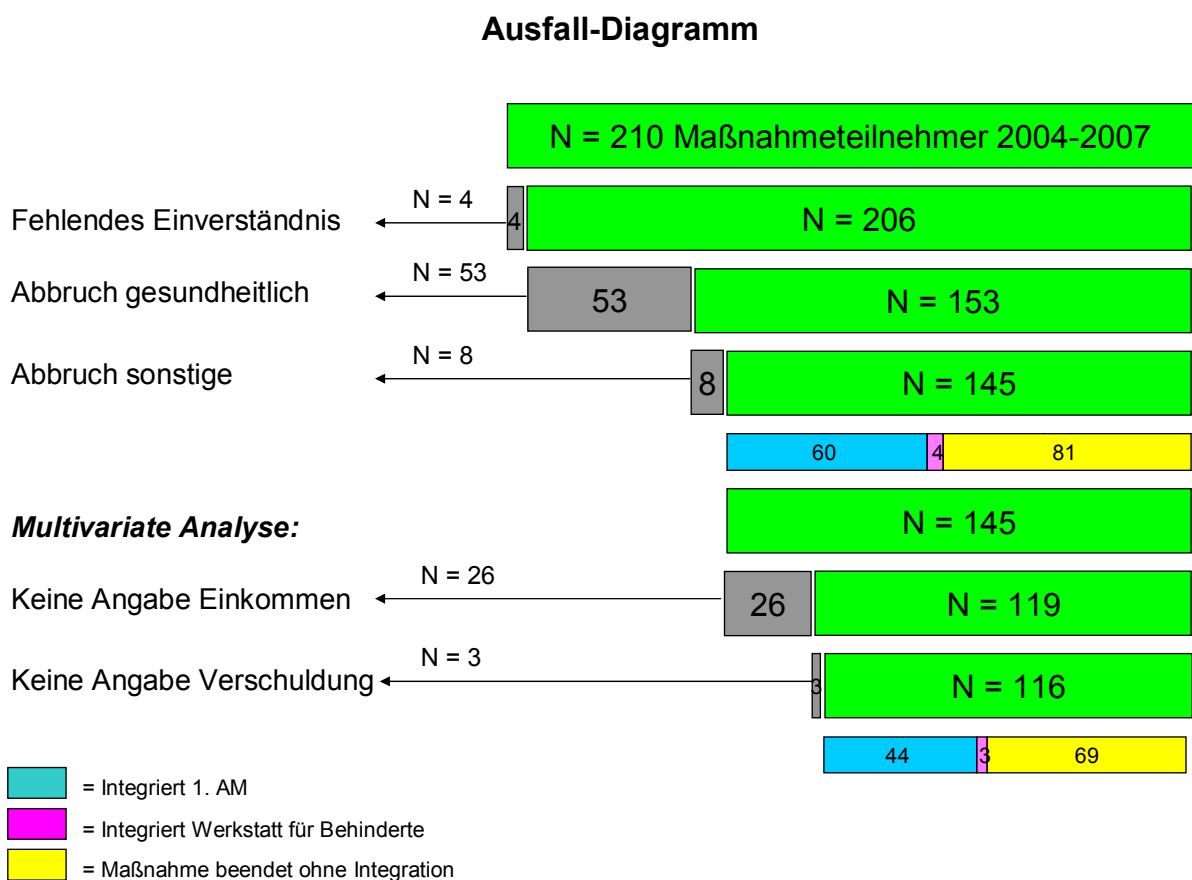


Abbildung 24: Ausfalldiagramm

Im folgenden Abschnitt erfolgte eine Umwandlung der unter Kapitel 3 formulierten allgemeinen Hypothesen in statistische Hypothesen und gleichzeitig deren Prüfung. Der Übersichtlichkeit wegen wurden die in Kapitel 3 eingeführten Kategorien der Einflussfaktoren aufgelöst, so dass stattdessen eine Darstellung entsprechend des jeweiligen Datenniveaus der Einflussfaktoren in Tabellenform erfolgen konnte.

Je nach Datenniveau wurden zur Signifikanzprüfung der Chi-Quadrat-Test, der U-Test nach Mann & Whitney und der T-Test für zwei unabhängige Stichproben gewählt.

5.3.1 Nominales Datenniveau – Kreuztabellen und Chi-Quadrattest

Die folgenden zu prüfenden Einflussgrößen mit nominalem Datenniveau wurden mit Hilfe von Kreuztabellen dargestellt und anschließend mit dem Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz geprüft.

Geschlecht:

H1: Der Anteil an beruflich integrierten Frauen ist signifikant kleiner als der Anteil an beruflich integrierten Männern.

H0: Zwischen Männern und Frauen gibt es bezüglich der beruflichen Integration keinen signifikanten Unterschied.

Tabelle 14: Kreuztabelle Geschlecht - berufliche Integration

N=145	Arbeit		Gesamt
	<i>nein</i>	<i>ja</i>	
Frauen	40	29	69
Männer	46	30	76
Gesamt	86	59	145

Chi² Pearson = .098 n.s.

Die Null-Hypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Partner:

H1: Der Anteil an beruflich integrierten Teilnehmern mit Lebenspartner ist signifikant größer als der Anteil an beruflich integrierten Teilnehmern ohne Lebenspartner.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmern mit und ohne Lebenspartner bezüglich der beruflichen Integration.

Tabelle 15: Kreuztabelle Lebenspartner – berufliche Integration

N=145	Arbeit		Gesamt
	nein	ja	
Partner nein	68	36	104
Partner ja	18	23	41
Gesamt	86	59	145

χ^2 Pearson = 5.623 p 2-seitig = .018; $d = .4017$

Die Null-Hypothese konnte abgelehnt werden.

Ausbildungsniveau:

H1: Der Anteil an beruflich integrierten Teilnehmern mit Berufsausbildung ist signifikant größer als der Anteil an beruflich integrierten Teilnehmern ohne Berufsausbildung.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmern mit und ohne Berufsausbildung bezüglich der beruflichen Integration.

Tabelle 16: Kreuztabelle Berufsausbildung – berufliche Integration

N=145	Arbeit		Gesamt
	nein	ja	
Beruf nein	22	11	33
Beruf ja	64	48	112
Gesamt	86	59	145

χ^2 Pearson = .958 n.s.

Die Null-Hypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Weiterbildung:

H1: Der Anteil an beruflich integrierten Teilnehmern mit staatlich finanzierter Weiterbildung ist signifikant kleiner als der Anteil an beruflich integrierten Teilnehmern ohne staatlich finanzierte Weiterbildung.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmern mit und ohne staatlich finanzierte Weiterbildung bezüglich der beruflichen Integration.

Tabelle 17: Kreuztabelle Weiterbildung – berufliche Integration

N=145	Arbeit		Gesamt
	nein	ja	
WB nein	40	36	76
WB ja	46	23	69
Gesamt	86	59	145

WB = Weiterbildung, χ^2 Pearson = 2.952; p -2-seitig: .086 n.s.; $d = .288$

Die Null-Hypothese konnte nicht abgelehnt werden. Es wurde jedoch ein Unterschied gefunden der knapp unter dem Signifikanzniveau von .05 liegt.

5.3.2 Ordinales Datenniveau – U-Test nach Mann & Whitney

Die zu prüfenden Einflussgrößen mit ordinalem Datenniveau wurden mit Hilfe des U-Tests nach Mann & Whitney auf Signifikanz geprüft.

Kinder:

H1: Beruflich integrierte Teilnehmer haben durchschnittlich signifikant weniger zu betreuende Kinder als beruflich nicht integrierte Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Anzahl der zu betreuenden Kinder zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Null-Hypothese konnte nicht abgelehnt werden, es wurden jedoch Tendenzen in entgegengesetzter Richtung gefunden. Beruflich integrierte Teilnehmer hatten durchschnittlich mehr zu betreuende Kinder als beruflich nicht integrierte Teilnehmer, dieser Unterschied wurde jedoch nicht signifikant.

Schulden:

H1: Beruflich integrierte Teilnehmer haben durchschnittlich signifikant weniger Schulden als beruflich nicht integrierte Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Höhe der Schulden zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Entgegen der formulierten Hypothese wurde ein auf herabgesetztem Signifikanzniveau ($\alpha=10\%$) signifikanter Unterschied in umgekehrter Richtung gefunden: Beruflich integrierte Teilnehmer haben durchschnittlich mehr Schulden als beruflich nicht integrierte Teilnehmer.

Subjektive Finanzielle Belastung:

H1: Beruflich integrierte Teilnehmer sind durchschnittlich signifikant weniger subjektiv durch ihre finanziellen Probleme belastet als beruflich nicht integrierte Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich der subjektiven Belastung durch finanzielle Probleme zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Null-Hypothese konnte nicht abgelehnt werden

Schulabschluss:

H1: Beruflich integrierte Teilnehmer besitzen einen signifikant höheren Schulabschluss als beruflich nicht integrierte Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Schulabschlusses zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Null-Hypothese konnte mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von $\alpha = 10\%$ abgelehnt werden

Tabelle 18: U-Test - berufliche Integration

	Arbeit	N	Mittlerer Rang	U-Test	Z	Wilcoxon-W	p-2-seitig
Anzahl zu betreuender Kinder im Haushalt	nein	86	69.74	2257	-1.524	5998	.127
	ja	59	77.75				
	Gesamt	145					
Verschuldung	nein	86	67.03	2024	-1.793	5765	.073
	ja	56	78.36				
	Gesamt	142					
Subjektive Belastung durch finanzielle Probleme	nein	84	69.25	2247	-.985	5817	.325
	ja	59	75.92				
	Gesamt	143					
Schulabschluss	nein	86	68.07	2113	-1.843	5854	.065
	ja	59	80.19				
	Gesamt	145					

5.3.3 Metrisches Datenniveau – T-Test

Die zu prüfenden Einflussgrößen mit metrischem Datenniveau wurden mit Hilfe des T-Tests für unabhängige Stichproben auf Signifikanz getestet.

Alter:

H1: Der Alters-Mittelwert der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant kleiner als der Alters-Mittelwert der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Altersmittelwertes zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Dauer der Arbeitslosigkeit:

H1: Der Mittelwert der Dauer der Arbeitslosigkeit der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant kleiner als der Mittelwert der Dauer der Arbeitslosigkeit der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Dauer der Arbeitslosigkeit zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Staatliche Unterstützungsleistung:

H1: Der Mittelwert der freiwilligen Angabe des Einkommens zum Maßnahmebeginn der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant kleiner als der Mittelwert der freiwilligen Angabe des Einkommens zum Maßnahmebeginn der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der freiwilligen Angabe des Einkommens zum Maßnahmebeginn zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte abgelehnt werden. Es konnte ein signifikanter Unterschied gefunden werden, allerdings in umgekehrter Richtung! Teilnehmer mit höherem Einkommen zu Maßnahmebeginn konnten besser beruflich integriert werden. (mehr dazu in der Diskussion unter 6.3.8)

Selbstwirksamkeit:

H1: Der Mittelwert der Skala Selbstwirksamkeitserwartung (FKK) der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant größer als der Mittelwert der Skala Selbstwirksamkeitserwartung (FKK) der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Skala Selbstwirksamkeitserwartung (FKK) zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Beziehungsprobleme:

H1: Der Mittelwert der Skala Beziehungsprobleme (MMPI) der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant größer als der Mittelwert der Skala Beziehungsprobleme (MMPI) der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Skala Beziehungsprobleme (MMPI) zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Familienprobleme:

H1: Der Mittelwert der Skala Familienprobleme (MMPI) der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant größer als der Mittelwert der Skala Familienprobleme (MMPI) der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Skala Familienprobleme (MMPI) zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Zukunftserwartungen:

H1: Der Mittelwert der Skala Optimismus (LOT) der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant größer als der Mittelwert der Skala Optimismus (LOT) der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Skala Optimismus (LOT) zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Belastbarkeit:

H1: Der Mittelwert der Skala Belastbarkeit (BIP) der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant größer als der Mittelwert der Skala Selbstbewusstsein (BIP) der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Skala Belastbarkeit (BIP) zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Selbstvertrauen:

H1: Der Mittelwert der Skala Selbstbewusstsein (BIP) der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant größer als der Mittelwert der Skala Selbstbewusstsein (BIP) der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Skala Selbstbewusstsein (BIP) zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Flexibilität:

H1: Der Mittelwert der Skala Selbstbewusstsein (BIP) der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant größer als der Mittelwert der Skala Selbstbewusstsein (BIP) der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Skala Selbstbewusstsein (BIP) zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Intelligenz:

H1: Der Intelligenz-Quotient-Mittelwert der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant größer als der Intelligenz-Quotient-Mittelwert der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Intelligenz-Quotient-Mittelwertes zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte abgelehnt werden.

Konzentration:

H1: Der Mittelwert der Gesamt-Konzentrationsleistung der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant größer als der Mittelwert Gesamt-Konzentrationsleistung der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Gesamt-Konzentrationsleistung zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Engagement:

H1: Der Mittelwert der Skala Engagement der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant größer als der Mittelwert Skala Engagement der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts auf der Skala Engagement zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Nullhypothese konnte abgelehnt werden.

Tabelle 19: T-Test - berufliche Integration

	Arbeit	N	M	SD	T-Test	
					P 2-seitig	Mittlere Differenz
Alter	0	86	40.20	7.901	.977	-.040
	1	59	40.24	8.318	.977	-.040
Dauer	0	86	34.60	32.858	.198	6.910
Arbeitslosigkeit	1	59	27.69	29.638	.189	6.910
Einkommen	0	72	584.15	216.549	.007	-113.231
	1	47	697.38	227.500	.008	-113.231
Selbstwirksamkeit (FKK)	0	86	46.45	11.079	.226	-2.360
	1	59	48.81	12.055	.234	-2.360
Beziehungsprobleme (MMPI)	0	86	60.60	11.199	.301	-2.056
	1	59	62.66	12.427	.311	-2.056
Familienprobleme (MMPI)	0	86	55.53	12.653	.238	-2.533
	1	59	58.07	12.646	.238	-2.533
Engagement (LMI)	0	86	5.14	2.053	.017	-.810
	1	59	5.95	1.898	.016	-.810
Optimismus (LOT)	0	86	20.97	3.765	.488	-.442
	1	59	21.41	3.747	.488	-.442
Belastbarkeit (BIP)	0	86	3.02	1.526	.340	-.248
	1	59	3.27	1.541	.341	-.248
Selbstbewusstsein (BIP)	0	86	3.26	1.709	.392	-.270
	1	59	3.53	2.054	.408	-.270
Flexibilität (BIP)	0	86	2.94	1.482	.969	.010
	1	59	2.93	1.496	.969	.010
IQ (LPS)	0	86	106.50	11.135	.004	-5.568
	1	59	112.07	11.571	.005	-5.568
Konzentration (D2)	0	86	91.79	11.094	.158	-2.497
	1	59	94.29	9.307	.145	-2.497

Stresstoleranz:

Zur Operationalisierung der Stresstoleranz wurde der Stress-Verarbeitungsfragebogen (SVF-78) verwendet. Dieser enthält eine große Anzahl an Positiv- und Negativstrategien. Um der Vielfältigkeit des Begriffes Stresstoleranz näherungsweise gerecht zu werden, wurden sämtliche Skalen einem Signifikanztest unterzogen.

Dabei wird angenommen, dass die Positivstrategien (Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, Positive Selbstinstruktion) bei beruflich integrierten Teilnehmern stärker ausgeprägt sind als bei nicht

integrierten Teilnehmern, während die Negativstrategien (Flucht, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbeschuldigung) bei beruflich integrierten Teilnehmern schwächer ausgeprägt sind als bei nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Positiv-Strategien (SVF-78):

H1: Der Mittelwert der Positiv-Strategien (Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, Positive Selbstinstruktion) der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant größer als der Mittelwert der Positiv-Strategien (SVF-78) der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Positiv-Strategien zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Null-Hypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Lediglich auf einem herabgesetzten Signifikanzniveau ($\alpha=10\%$) konnte die Hypothese für die Reaktionskontrolle abgelehnt werden.

Negativ-Strategien SVF-78:

H1: Der Mittelwert der Negativ-Strategien (Flucht, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbeschuldigung) der beruflich integrierten Teilnehmer ist signifikant kleiner als der Mittelwert der Negativ-Strategien der nicht integrierten Teilnehmer.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Positiv-Strategien zwischen beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Teilnehmern.

Die Null-Hypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Tabelle 20: T-Test Stresstoleranz - berufliche Integration

	Arbeit	N	M	SD	T-Test	
					P 2-seitig	Mittlere Differenz
Positivstrategien	0	86	49.23	11.782	.447	-1.428
	1	59	50.66	9.992	.433	-1.428
Herunterspielen	0	86	45.85	13.065	.155	-2.999
	1	59	48.85	11.358	.144	-2.999
Schuldabwehr	0	86	52.49	11.129	.109	2.929
	1	59	49.56	10.176	.104	2.929
Ablenkung	0	86	50.12	9.083	.462	-1.155
	1	59	51.27	9.541	.467	-1.155
Ersatzbefriedigung	0	86	52.66	9.758	.470	1.171
	1	59	51.49	9.263	.466	1.171
Situationskontrolle	0	86	47.80	10.131	.094	-3.113
	1	59	50.92	11.993	.105	-3.113
Reaktionskontrolle	0	86	50.10	10.215	.089	-3.116
	1	59	53.22	11.515	.097	-3.116
Positive Selbstinstruktion	0	86	46.52	13.058	.300	-2.324
	1	59	48.85	13.428	.303	-2.324
Negativstrategien	0	86	55.37	13.555	.946	.152
	1	59	55.22	12.686	.945	.152
Flucht	0	86	54.95	12.174	.619	1.055
	1	59	53.90	13.054	.624	1.055
Gedankliche Weiterbeschäftigung	0	86	52.06	10.529	.419	1.465
	1	59	50.59	10.944	.423	1.465
Resignation	0	86	57.22	12.868	.313	2.170
	1	59	55.05	12.363	.309	2.170
Selbstbeschuldigung	0	86	53.65	11.930	.833	-.417
	1	59	54.07	11.257	.831	-.417

5.3.4 Binäre logistische Regression

Entsprechend der vorangestellten hypothesengeleiteten Datenanalyse mittels Chi-Quadrat-Testung für kategoriale, U-Test für nicht normalverteilte ordinale und T-Test für normalverteilte metrische Daten, wurden die in Tabelle 21 aufgeführten Erfolg versprechenden Faktoren in die logistische Regression zur Vorhersage des Integrationserfolgs einbezogen. Die Prüfung auf Multikollinearität ergab das in Tabelle 22 dargestellte Ergebnis. Eine sehr hohe Inter-Korrelation ergab sich zwischen den Faktoren LPS und Schulabschluss, weshalb der Schulabschluss aus der anschließenden Analyse ausgeschlossen wurde. Auf diese Weise ergibt sich eine Anzahl von sieben Prädiktoren (angesichts der Stichprobengröße von $N = 145$ bzw. $N = 119$ noch tragbar), die im Einschluss-Verfahren in die logistische Regression aufgenommen wurden.

Tabelle 21: Statistische Kennwerte der Einflussgrößen

	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
LPS IQ	145	75	140	108.77	11.604
Einkommen	119	26	1350	628.87	226.896
SVF Reaktionskontrolle	145	29	75	51.37	10.833
Schulabschluss	145	0	3	1.87	.757
Engagement	145	1	9	5.47	2.024
Partner vorhanden?	145	.00	1.00		
Verschuldung	142	0	3	.82	1.096
Weiterbildung	145	.00	1.00		

Tabelle 22: Interkorrelationen

<i>N = 119</i>	<i>Einkommen</i>	<i>Schulabschluss</i>	<i>SVF Reaktionskontrolle</i>	<i>LMI Engagement</i>	<i>LPS IQ</i>
Einkommen	1				
Schulabschluss	.045	1			
SVF Reaktionskontrolle	.037	-.024	1		
LMI Engagement	.260(**)	.022	.216(**)	1	
LPS IQ	.107	.446(**)	-.026	.122	1

Anmerkung: ** $p < .001$ (2-seitig)

Das Ergebnis der logistischen Regression wurde in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 23: Logistische Regression - berufliche Integration

N = 116	B	OR	p	df	Wald	SEM
LPS (Gesamt-IQ-Wert)	.056	1.057	.012	1	6.327	.022
LMI-Engagement	.232	1.261	.051	1	3.806	.119
Partner	.628	1.874	.199	1	1.651	.489
Einkommen	.001	1.001	.203	1	1.619	.001
Vorherige Weiterbildungen	-.193	.825	.296	1	1.092	.185
SVF-Reaktionskontrolle	.035	1.036	.093	1	2.816	.021
Verschuldung	.403	1.496	.049	1	3.873	.205
Konstante	-10.911	.000	.000	1	14.229	2.893
Modell	-2LL	R ² Nagelkerke	Chi ² -Modell		df	p
	122.315	.325	31.669		7	.000

Durch die Aufnahme der oben aufgeführten Faktoren konnte das Vorhersagemodell signifikant verbessert werden.

Der Anteil der erklärten Variabilität liegt für dieses Modell laut Gütemaß nach Nagelkerke (R²) bei .325.

Insgesamt konnten 71.6% der beobachteten Fälle korrekt klassifiziert werden.

Tabelle 24: Klassifizierungstabelle - berufliche Integration

Beobachtet		Vorhergesagt		
		Arbeit	%-Satz der Richtigen	
		nein	ja	
Arbeit	nein	59	13	81.,9
	ja	20	24	54.5
Gesamtprozentsatz				71.6

Der Trennwert lautet .500

5.3.5 Binäre logistische Regression – Integration nach ½ Jahr

Das unter 6.3.4 dargestellte Regressions-Modell der beruflichen Integration wurde anschließend für die nach einem halben sowie nach einem Jahr in Arbeit verbliebenen Maßnahmeteilnehmer getestet.

Hierbei muss bedacht werden, dass nur einseitig die Möglichkeit bestand, dass Maßnahmeteilnehmer, die nach Beendigung der Maßnahme eine Arbeit gefunden haben, selbige wieder verloren haben. Die Möglichkeit, dass Maßnahmeteilnehmer, die direkt im Anschluss an die Maßnahme keine Arbeit gefunden haben nach einem Jahr beschäftigt waren, („Sleeper-Effekt“) konnte nicht berücksichtigt werden (siehe Kapitel 6.5).

Tabelle 25: Logistische Regression - nach 1/2 Jahr

Prädiktoren N = 116	B	OR	p	Df	Wald	SEM
LPS (Gesamt-IQ-Wert)	.035	1.036	.090	1	2.867	,021
LMI-Engagement	.095	1.099	.420	1	.650	,117
Partner	.611	1.843	.204	1	1.612	,481
SVF-Reaktionskontrolle	.020	1.020	.354	1	.859	,021
Einkommen	.001	1.001	.408	1	.683	,001
Verschuldung	.181	1.198	.366	1	.817	,200
Vorherige Weiterbildung	-.049	.952	.717	1	.131	,136
Konstante	-7.266	.001	.006	1	7.495	2,654
Modell	-2LL	R ² Nagelkerke	Chi ² -Modell	df	p	
	122.746	.142	11.929	7	.103	

Tabelle 26: Klassifizierungstabelle - nach 1/2 Jahr

Beobachtet		Vorhergesagt		
		Arbeit		%-Satz der Richtigen
		nein	ja	
Arbeit	nein	81	4	95.3
	ja	27	4	12.9
Gesamtprozentsatz				73.3

Der Trennwert lautet .500

Es zeigt sich nach einem halben Jahr ein Abfall der Variabilitätsaufklärung nach Nagelkerke durch das Modell von .325 auf nur noch .142 bei einem Absinken der Modell-Signifikanz von .000 auf .103. Damit wird durch das Modell keine signifikante Verbesserung der Klassifizierung mehr erreicht. Der höhere Gesamtprozentsatz richtig klassifizierter Fälle ergibt sich aufgrund der niedrigeren Anzahl richtig klassifizierter beruflich integrierter Fälle.

5.3.6 Binäre logistische Regression – Integration nach einem Jahr

Tabelle 27: Logistische Regression nach einem Jahr

Prädiktoren N = 116	B	OR	p	Df	Wald	SEM
LPS (Gesamt-IQ-Wert)	.038	1.039	.072	1	3.240	.021
LMI-Engagement	.072	1.075	.550	1	.358	.120
Partner	.516	1.675	.302	1	1.065	.500
SVF-Reaktionskontrolle	.017	1.017	.445	1	.584	.022
Verschuldung	-.035	.966	.869	1	.027	.212
Vorherige Weiterbildung	.004	1.004	.972	1	.001	.125
Einkommen	.001	1.001	.550	1	.357	.001
Konstante	-7.220	.001	.007	1	7.155	2.699
Modell	-2LL	R ² Nagelkerke	Chi ² -Modell	df	p	
	117.628	.104	8.253	7	.311	

Die durch das Modell erklärte Variabilität nach Nagelkerke sinkt von .325 auf .104 ab und die ausgewiesene Signifikanz des Modells von .000 auf .311. Damit ist die Erklärungssteigerung durch das Modell nicht mehr signifikant.

Tabelle 28: Klassifizierungstabelle nach einem Jahr

Beobachtet		Vorhergesagt		
		Arbeit	%-Satz der Richtigen	
		nein	ja	
Arbeit	nein	87	2	97.8
	ja	25	2	7.4
Gesamtprozentsatz				76.7

Der Trennwert lautet .500

Aufgrund der herabgesetzten Zahl von erfolgreich integrierten Maßnahmeteilnehmern erhöht sich der Gesamtprozentsatz richtig klassifizierter Fälle. Die richtig klassifizierten beruflich integrierten Maßnahmeteilnehmer stellen jedoch nur noch 7.4% im Gegensatz zu 54,5% im ersten Modell dar.

Durch die Verschiebung des Trennwertes von 0.5 auf 0.3 ergibt sich die folgende Klassifizierungstabelle mit einem Gesamtprozentsatz richtig klassifizierter Fälle von nur noch 70.7% bei 40.7% richtig klassifizierter beruflich integrierter Fälle.

Tabelle 29: Klassifizierungstabelle nach einem Jahr - Trennwert 0.3

Beobachtet			Vorhergesagt		
			Arbeit nach 1 Jahr	%-Satz der Richtigen	
			nein	ja	
Arbeit nach 1 Jahr	nein	71	18		79.8
	ja	16	11		40.7
Gesamtprozentsatz					70.7

Der Trennwert lautet .300

Abzüglich der Einflussvariablen „Einkommen“ ergeben sich die unter Tabelle 30 aufgeführten Regressionskoeffizienten. Die durch das Modell erklärte Variabilität nach Nagelkerke sinkt auf .086 und die ausgewiesene Signifikanz des Modells auf .201. Damit ist die Erklärungssteigerung durch das Modell nicht mehr signifikant.

Tabelle 30: Logistische Regression nach 1 Jahr - ohne Einkommen

Prädiktoren N = 142	B	OR	p	Df	Wald	SEM
LPS (Gesamt-IQ-Wert)	.041	1.042	.026	1	4.932	.019
LMI-Engagement	.023	1.023	.821	1	.051	.102
Partner	.500	1.648	.242	1	1.371	.427
SVF-Reaktionskontrolle	.003	1.003	.876	1	.024	.019
Verschuldung	-.117	.890	.529	1	.396	.186
Vorherige Weiterbildung	-.091	.913	.577	1	.311	.162
Konstante	-5.921	.003	.009	1	6.830	2.266
Modell	-2LL	R ² Nagelkerke	Chi ² -Modell	df	p	
	152.245	.086	8.547	6	.201	

Durch die Verschiebung des Trennwertes auf 0.3 ergibt sich die folgende Klassifizierungstabelle mit einem Gesamtprozentsatz richtig klassifizierter Fälle von 69.7% bei 44.4% richtig klassifizierter beruflich integrierter Fälle.

Tabelle 31: Klassifizierungstabelle nach einem Jahr - ohne Einkommen, Trennwert 0.3

Beobachtet		Vorhergesagt		
		Arbeit nach 1 Jahr		
		nein	ja	%-Satz der Richtigen
Arbeit nach einem Jahr	nein	83	23	78.3
	ja	20	16	44.4
Gesamtprozentsatz				69.7

Der Trennwert lautet .300

5.3.7 Diskriminanzanalyse

Zur Berechnung einer Diskriminanzfunktion wurde eine Diskriminanzanalyse mit den folgenden Faktoren berechnet.

Die Kanonsche Korrelation ist mit .482 und einem Chi-Quadrat-Wert von 29.286 für ein Prognose-Instrument allerdings als nicht ganz befriedigend zu bewerten.

Tabelle 32: Kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten

N = 116				Diskriminanz-Funktion
Partner				.278
Einkommen				.277
Verschuldung				.356
SVF Reaktionskontrolle				.332
LMI - Engagement				.344
LPS Gesamt-IQ				.532
<i>Wilks-Lambda</i>	<i>Chi²</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>Kanonsche r</i>
.768	29.286	6	.000	.482

Tabelle 33: Klassifizierungstabelle Diskriminanzfunktion

		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
		nein	ja	
Original	Anzahl	51	21	72
		8	36	44
	%	70.8	29.2	100
		18.2	81.8	100

75% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Aus der Klassifizierungstabelle wird ersichtlich, dass 75% der ursprünglich gruppierten Fälle korrekt klassifiziert wurden.

Da 26 Teilnehmer (ohne Abbrecher) die Frage nach dem Einkommen unbeantwortet ließen wurde die Diskriminanzanalyse nochmals ohne die Variable Einkommen berechnet, um die Diskriminanzfunktion für eine deutlich größere Stichprobe von N=142 zu erhalten.

Die Kanonsche Korrelation sinkt hierbei auf .367 und der Chi-Quadrat-Wert auf 19.854.

Tabelle 34: Kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten, ohne "Einkommen"

N = 142		Diskriminanz-Funktion		
Partner vorhanden?		.424		
Verschuldung		.280		
SVF Reaktionskontrolle		.267		
LMI - Engagement		.307		
LPS Gesamt-IQ		.620		
<i>Wilks-Lambda</i>	<i>Chi²</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>Kanonsche r</i>
.866	19.854	5	.001	.367

Tabelle 35: Klassifizierungstabelle Diskriminanzfunktion, ohne "Einkommen"

		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
		<i>nein</i>	<i>ja</i>	
Original	Anzahl	57	29	86
		15	41	56
	%	66.3	33.7	100.0
		26.8	73.2	100.0

69% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Ohne die Einkommens-Variable sinkt die Prozentzahl korrekt klassifizierter Fälle auf 69%.

Eine detaillierte Ergebnisdarstellung der Diskriminanzanalyse befindet sich im Anhang.

5.3.8 Zusammenfassung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die aufgestellten Hypothesen für die Einflussfaktoren *Intelligenz* ($d=.49$), *Engagement* ($d=.41$) und *Lebenspartner* ($d=.4017$) bestätigt werden konnten.

Demnach steigt die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche berufliche Integration für intelligente Teilnehmer die verheiratet sind oder in einer festen Partnerschaft stehen, ein

Engagement im mittleren oder oberen Bereich aufweisen, in Stress-Situationen in der Lage sind ihre gegenwärtige Lage zu überblicken und eine günstige Handlungsalternative zur Lösung des gegenwärtigen Problems zu wählen.

Eine Bestätigung der aufgestellten Hypothese auf einem herabgesetzten Signifikanzniveau und einer Fehlerwahrscheinlichkeit von $\alpha = 10\%$ ließ sich für die Einflussfaktoren **Schulabschluss** ($d=.33$), **Weiterbildung** ($d=.288$) und die Positiv-Strategie **Reaktionskontrolle** ($d=.287$) innerhalb der Stressbewältigung feststellen.

Teilnehmer mit häufigen vorangegangenen Weiterbildungen, die größtenteils staatlich finanziert wurden, haben mit einer allerdings geringen Effektstärke eine geringere Chance auf erfolgreiche berufliche Rehabilitation. Dieser zunächst etwas widersprüchlich erscheinende Fakt lässt sich erklären, wenn die Weiterbildung nicht berufsbegleitend sondern als Maßnahme während der Arbeitslosigkeit erfolgte. In diesem Zusammenhang beschreibt Kuhnert (2000) den Institutionseffekt (Teilnahme an Bildung schränkt Stellensuchaktivitäten ein) und führt aus, dass Weiterbildungsmaßnahmen für Arbeitslose oftmals „eher Fallen als Brücken“ darstellen. In der von Kuhnert (2000) durchgeführten empirischen Untersuchung mit dem Dortmunder Fragebogen zum Leben in der Arbeitslosigkeit (folgend DFLA-Studie genannt) hatten bereits 42,1% der befragten Langzeitarbeitslosen an einer Fortbildungs- bzw. Umschulungsmaßnahme teilgenommen, mehr als ein Viertel davon wies schon eine „negative Fortbildungskarriere“ auf und war trotz mehrmaliger Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen in der Langzeitarbeitslosigkeit verblieben.

Zu berücksichtigen ist außerdem eine zweifelhafte Passung zwischen der Wahl geeigneter Umschulungsmaßnahmen durch die finanzierende Institution und den Anforderungen des Arbeitsmarktes.

Entgegengesetzt der aufgestellten Hypothese konnten signifikante Ergebnisse für die Einflussfaktoren innerhalb der finanziellen Situation **Einkommen** ($d=.509$) sowie **Verschuldung** ($r=.162$) ermittelt werden.

Teilnehmer mit höherem Einkommen konnten besser beruflich integriert werden als Teilnehmer mit geringem Einkommen. Zunächst ist einschränkend festzuhalten, dass 26 Teilnehmer (ohne Abbrecher) die Frage nach dem Einkommen unbeantwortet ließen und daher nur eine verringerte Stichprobengröße in die Berechnung aufgenommen werden konnte. Eine Analyse dieser verringerten Stichprobe zeigte jedoch keine deutlichen Unterschiede zur Gesamtstichprobe insbesondere innerhalb der Zielvariable „berufliche Integration“. Eine von Rolle und van Suntum (1997) berichtete negative Korrelation zwischen der Höhe des Einkommens und der Konzessionsbereitschaft konnte in der hier betrachteten Stichprobe

nicht festgestellt werden. Dagegen war ein positiver Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der Anzahl absolvierter Berufsausbildungen (Korrelation nach Spearman = 0.202) sowie ein negativer Zusammenhang zur Dauer der Arbeitslosigkeit (Korrelation nach Pearson = -0.217) erkennbar. Da jedoch diese beiden Faktoren den beruflichen Integrationserfolg nicht vorhersagen, bleibt die Erklärungsursache des Einkommens zunächst ungewiss. Ein Zusammenhang mit der fachlichen Qualifikation, die in dieser Untersuchung nur durch die Anzahl der Berufsausbildungen erhoben wurde, ist zu vermuten.

Mit der Höhe der **Verschuldung** steigt die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen beruflichen Integration, jedoch mit kleiner Effektstärke. Dieses Ergebnis widerspricht gänzlich den Ausführungen von Kuhnert (2000) wonach die Verschuldung als Folge von Langzeitarbeitslosigkeit mit negativen Auswirkungen auf das Bewältigungsverhalten beschrieben wird. Gegenteilig zeigte sich in dieser Untersuchung kein Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Höhe der Verschuldung und sogar ein positiver Zusammenhang mit der Situationskontrolle (r Spearman = .230). Die von Kuhnert fokussierte Belastung durch die finanzielle Situation korreliert in dieser Untersuchung mit der Höhe der Verschuldung (r Spearman = .305), sagt selbst jedoch nicht den beruflichen Integrationserfolg vorher.

Angenommen wird, dass die aufgeführten Schulden den Drang zur Situationsveränderung bei den Teilnehmern erhöhen und damit einen Zwang setzen wieder Geld verdienen zu müssen. Besonders nachvollziehbar wird dieser Gedanke für die beispielhafte Situation der Verschuldung durch einen Hauserwerb. Nur wenn die regelmäßigen Raten abgezahlt werden können, kann die Familie im Haus wohnen bleiben. Eine derartige Motivation könnte Kräfte bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz freisetzen, die sonst weniger vorhanden sind.

Eine Tendenz entgegengesetzt der aufgestellten Hypothese ließ sich für den Faktor „**zu versorgende Kinder im eigenen Haushalt**“ identifizieren. Passend zu den Anmerkungen zur Verschuldung wird auch hier ein Motivationsfaktor vermutet, der die Restriktionen (weniger flexible Arbeitszeiten, Krankheiten der Kinder, andere Verpflichtungen), die mit der Kindererziehung verbunden sind, wieder kompensiert.

Gleichzeitig konnte eine Vielzahl von aufgestellten Hypothesen nicht bestätigt werden. Verwunderlich erscheint das Ausbleiben eines signifikanten Zusammenhangs bezüglich des **Alters**. Hierbei wird angenommen, dass die fachlichen Qualifikationen und Berufserfahrungen älterer Maßnahmeteilnehmer gerade innerhalb der Nischenarbeitsplätze sehr von Nutzen sein können und beim Arbeitgeber gern gesehen werden.

Der ausbleibende signifikante Zusammenhang zur **Dauer der vorangegangenen Arbeitslosigkeit** ist bei der hier untersuchten Gruppe der psychisch beeinträchtigten Menschen sicherlich unter einem differenzierten Blickwinkel zu betrachten, da auch Aufenthalte in Kliniken und akute Krankheitsphasen in diese Gesamtdauer mit einfließen. Trotzdem wurde eine Tendenz in Richtung der Hypothese gefunden, die allerdings nicht signifikant wurde.

Bedauerlich erscheint die Anzahl abgelehnter Hypothesen im Bereich der **Persönlichen Ressourcen**. Zukunftserwartungen, Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und Berufliche Schlüsselqualifikationen konnten nicht direkt mit dem beruflichen Integrationserfolg in Verbindung gebracht werden. Dabei lagen die Mittelwerte der Selbstwirksamkeit für integrierte Teilnehmer zumindest höher als für nicht integrierte, ohne dass dieser Unterschied signifikant wurde. Ebenso gab es einen nicht signifikanten Mittelwertsunterschied der Belastbarkeit in vermuteter Richtung. Angenommen wird, dass gerade das komplexe Zusammenwirken dieser „weichen“ Einflussvariablen und deren Entwicklung im Maßnahmeverlauf kaum durch lineare Zusammenhänge auf das Kriterium der erfolgreichen beruflichen Integration abzubilden sind. Zur besseren Verdeutlichung dieser Zusammenhänge sollten andere Erfolgsmaße wie die Arbeitsfähigkeit miteinbezogen werden, wodurch zumindest der Einfluss der Ökonomischen Bedingungen ausgeschaltet werden könnte.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die berechneten Prognosemodelle nicht ausreichend in der Lage sind das komplexe Zusammenwirken dieser unterschiedlichsten Einflussfaktoren zu berücksichtigen und als Vorhersagemodell nur sehr bedingt einsatzfähig sind. Dies trifft in besonderem Maße auf das Prognosemodell der nach einem Jahr in Arbeit verbliebenen Maßnahmeteilnehmer zu.

5.3.9 Angepasste Prädiktoren-Übersicht

Die folgende angepasste Prädiktor-Übersicht bezieht die oben beschriebenen Ergebnisse mit ein, indem die Prädiktoren grün markiert wurden für die die aufgestellten Hypothesen bestätigt werden konnten, während die nicht bestätigten Prädiktoren grau unterlegt wurden. Die beiden Prädiktoren auf herabgesetztem Signifikanzniveau wurden hellgrün markiert. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Einflussfaktoren Einkommen und Verschuldung entgegengesetzt der aufgestellten Hypothesen signifikanten Einfluss auf die erfolgreiche berufliche Integration hatten.

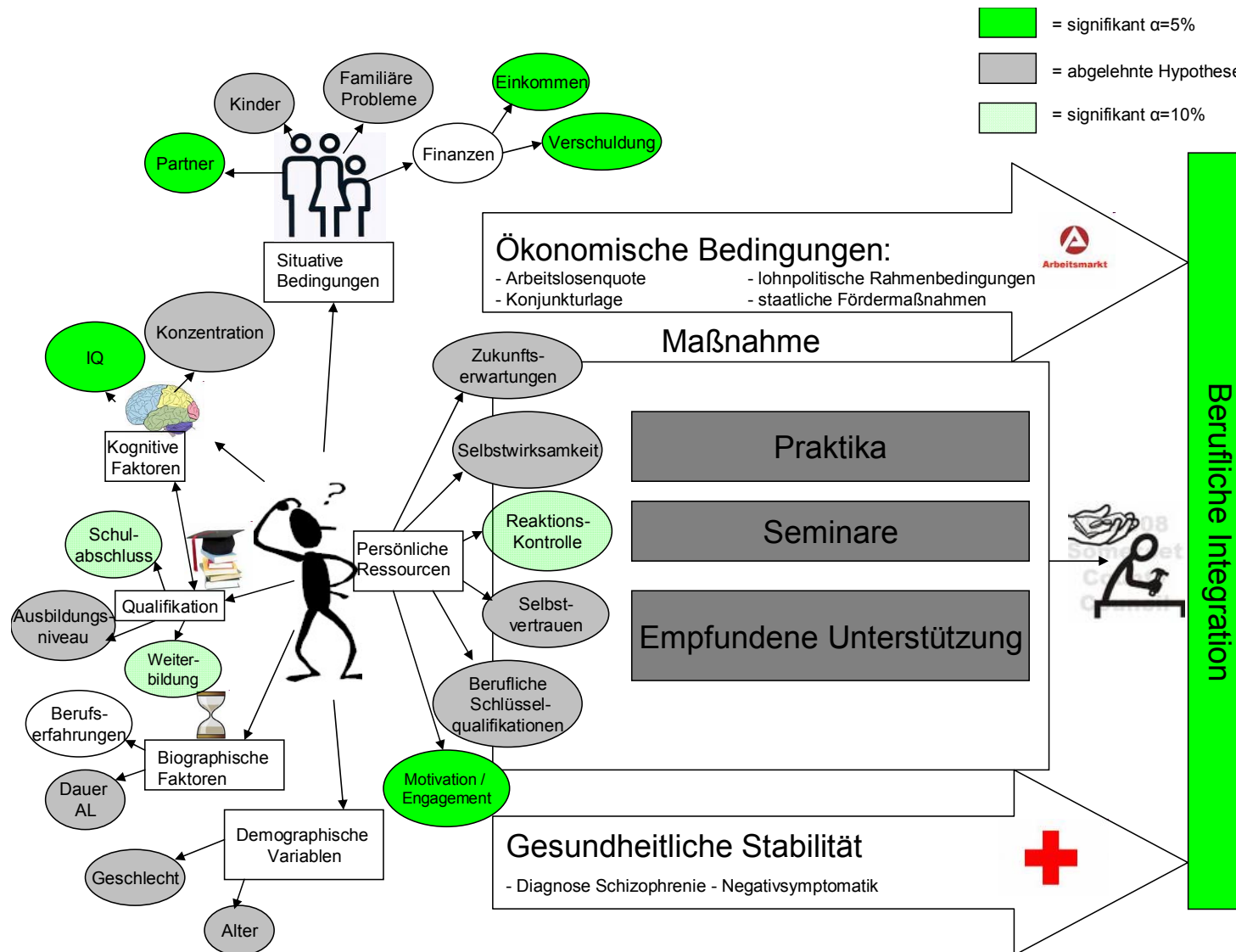


Abbildung 25: Angepasste Prädiktoren-Übersicht "berufliche Integration"

5.4 Prädiktoren für den Abbruch der Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen

Äquivalent zu der unter 6.3 dargestellten Hypothesenprüfung erfolgt die Prüfung der Hypothesen für den Abbruch der Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen, wobei wieder eine Umwandlung der unter 4.2 formulierten allgemeinen Hypothesen in statistische Hypothesen und eine Gruppierung nach Datenniveau erfolgte. Es wurden zur Signifikanzprüfung für kategoriale Variablen der Chi-Quadrat-Test, für ordinale, nicht normalverteilte Daten der U-Test nach Mann & Whitney und für metrische Daten der T-Test für zwei unabhängige Stichproben gewählt.

Die Prüfung der Hypothesen konnte mit einer Stichprobengrößen von N=206 erfolgen.

5.4.1 Nominales Datenniveau – Kreuztabellen und Chi-Quadrattest

Lebenspartner:

H1: Der Anteil an Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen mit Lebenspartner ist signifikant kleiner als der Anteil an beruflich integrierten Teilnehmern ohne Lebenspartner.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmern mit und ohne Lebenspartner bezüglich des Abbruchs der Integrationsmaßnahme aus gesundheitlichen Gründen.

Tabelle 36: Kreuztabelle Abbruch - Lebenspartner

N=206	Abbruch wegen Krankheit		Gesamt
	nein	ja	
Partner nein	112	36	148
Partner ja	41	17	58
Gesamt	153	53	206

$\chi^2 = .542$ n.s.

Die Null-Hypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Diagnose Schizophrenie:

H1: Der Anteil an Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen mit Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis ist signifikant größer als der Anteil an beruflich integrierten Teilnehmern ohne Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmern mit und ohne Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis bezüglich des Abbruchs der Integrationsmaßnahme aus gesundheitlichen Gründen.

Tabelle 37: Kreuztabelle Abbruch - Schizophrenie

N=206	Abbruch wegen Krankheit		Gesamt
	nein	ja	
Schizophrenie nein	128	47	175
Schizophrenie ja	25	6	31
Gesamt	153	53	206

$\chi^2 = .776$ 2 n.s.

Die Null-Hypothese konnte nicht abgelehnt werden. Es zeigte sich stattdessen eine Tendenz entgegengesetzt der Hypothese, dass Teilnehmer mit Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis die Maßnahme seltener aus gesundheitlichen Gründen abbrachen als Teilnehmer ohne Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis.

Schwere der Erkrankung – Medikamente:

H1: Der Anteil an Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen mit regelmäßiger Medikamenten-Einnahme ist signifikant größer als der Anteil an beruflich integrierten Teilnehmern ohne regelmäßige Medikamenten-Einnahme.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmern mit und ohne regelmäßige Medikamenten-Einnahme bezüglich des Abbruchs der Integrationsmaßnahme aus gesundheitlichen Gründen.

Tabelle 38: Kreuztabelle Abbruch - Medikamente

N=206	Abbruch wegen Krankheit		Gesamt
	nein	ja	
Medikamente nein	63	11	74
Medikamente ja	90	42	132
Gesamt	153	53	206

$\chi^2 = .7132$; p (2-seitig): .008, $d = .38$

Die Null-Hypothese konnte abgelehnt werden.

Schwere der Erkrankung – Berufsunfähigkeit:

H1: Der Anteil an Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen mit Berufsunfähigkeit ist signifikant größer als der Anteil an Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen ohne Berufsunfähigkeit.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmern mit und ohne Berufsunfähigkeit bezüglich des Abbruchs der Integrationsmaßnahme aus gesundheitlichen Gründen.

Tabelle 39: Kreuztabelle Abbruch - BU

N=206	Abbruch wegen Krankheit		Gesamt
	nein	ja	
BU nein	95	20	115
BU ja	58	33	91
Gesamt	153	53	206

$\chi^2 = 9.469$; p (2-seitig): .000; $d = .44$

Die Null-Hypothese konnte abgelehnt werden.

Verschuldung:

H1: Der Anteil an Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen mit starker und sehr starker Verschuldung ist signifikant größer als der Anteil an Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen ohne oder mit geringer Verschuldung.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmern mit und ohne Berufsunfähigkeit bezüglich des Abbruchs der Integrationsmaßnahme aus gesundheitlichen Gründen.

Tabelle 40: Kreuztabelle Abbruch - Verschuldung

N = 202			Abbruch wegen Krankheit		Gesamt
			nein	ja	
Verschuldung	nein	Anzahl	87	29	116
		% von Verschuldung	75.0%	25.0%	100.0%
	etwas	Anzahl	25	16	41
		% von Verschuldung	61.0%	39.0%	100.0%
	stark	Anzahl	20	3	23
		% von Verschuldung	87.0%	13.0%	100.0%
	sehr stark	Anzahl	18	4	22
		% von Verschuldung	81.8%	18.2%	100.0%
Chi²			df	d	P (2-seitig)
6.415			3	.36	.093

Die Null-Hypothese konnte nicht abgelehnt werden, es zeigte sich jedoch eine Tendenz entgegen der formulierten Hypothese, die fast signifikant wurde. Danach brechen Teilnehmer die Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen häufiger ab, wenn sie nicht oder nur etwas verschuldet sind im Vergleich zu Teilnehmern mit starker oder sehr starker Verschuldung.

5.4.2 Metrisches Datenniveau – T-Test

Alter:

H1: Der Alters-Mittelwert der Maßnahmeabbrecher aus gesundheitlichen Gründen ist signifikant größer als der Alters-Mittelwert von Nichtabbrechern.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Altersmittelwertes zwischen Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen und Nichtabbrechern.

Die Nullhypothese konnte abgelehnt werden.

Schulbildung (ordinal normalverteilt)

H1: Der Mittelwert der Schulbildung der Maßnahmeabbrecher aus gesundheitlichen Gründen ist signifikant größer als der Mittelwert der Schulbildung von Nichtabbrechern.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwertes der Schulbildung zwischen Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen und Nichtabbrechern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Depressive Symptomatik:

H1: Der Mittelwert der Skala Depressivität (MMPI) der Maßnahmeabbrecher aus gesundheitlichen Gründen ist signifikant größer als der Mittelwert der Skala Depressivität (MMPI) von Nichtabbrechern.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Skala Depressivität (MMPI) zwischen Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen und Nichtabbrechern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Familienprobleme:

H1: Der Mittelwert der Skala Familienprobleme (MMPI) der Maßnahmeabbrecher aus gesundheitlichen Gründen ist signifikant größer als der Mittelwert der Skala Familienprobleme (MMPI) der Nichtabbrecher.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Skala Familienprobleme (MMPI) zwischen Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen und Nichtabbrechern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

Psychosomatik:

H1: Der Mittelwert der Skala Psychosomatik (MMPI) der Maßnahmeabbrecher aus gesundheitlichen Gründen ist signifikant größer als der Mittelwert der Skala Psychosomatik (MMPI) der Nichtabbrecher.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwert der Skala Psychosomatik (MMPI) zwischen Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen und Nichtabbrechern.

Die Nullhypothese konnte abgelehnt werden.

Belastbarkeit:

H1: Der Mittelwert der Skala Belastbarkeit (BIP) der Maßnahmeabbrecher aus gesundheitlichen Gründen ist signifikant größer als der Mittelwert der Skala Belastbarkeit (BIP) der Nichtabbrecher.

H0: Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Mittelwerts der Skala Belastbarkeit (BIP) zwischen Maßnahmeabbrechern aus gesundheitlichen Gründen und Nichtabbrechern.

Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden.

	Arbeit	N	M	SD	T-Test	
					P 2-seitig	Mittlere Differenz
Alter	0	153	39.99	8.143	.004	-3.856
	1	53	43.85	8.495	.005	-3.856
Schulbildung	0	153	1.85	.776	.187	.170
	1	53	1.68	.894	.220	.170
Familienprobleme (MMPI)	0	153	56.56	12.588	.217	-2.444
	1	51	59.00	11.000	.189	-2.444
Depressivität (MMPI)	0	153	64.45	12.789	.132	-3.176
	1	51	67.63	13.578	.146	-3.176
Psychosomatik (MMPI)	0	153	57.80	11.683	.021	-4.392
	1	51	62.20	11.712	.023	-4.392
Belastbarkeit (BIP)	0	153	3.11	1.533	.171	.338
	1	53	2.77	1.565	.177	.338

5.4.3 Binäre logistische Regression

Entsprechend der vorangestellten hypothesengeleiteten Datenanalyse mittels Chi-Quadrat-Testung für kategoriale und T-Test bei unabhängigen Stichproben für normalverteilte metrische Daten auf einem Signifikanzniveau von $p \leq 0.05$ wurden die Erfolg versprechenden Faktoren in die logistische Regression zur Vorhersage des Maßnahme-Abbruchs aus gesundheitlichen Gründen einbezogen. So ergeben sich die vier in Tabelle 42 dargestellten Prädiktoren Alter, Medikamentenkonsum, Berufsunfähigkeit und Psychosomatik, die im Einschluss-Verfahren in die logistische Regression aufgenommen wurden.

Tabelle 42: Statistische Kennwerte der Einflussfaktoren Abbruch

Prädiktoren	N	Skalen	M	SD
Alter	206	T-Werte	40.99	8.386
Psychosomatik	204		58.9	11.8
Medikamente	206			
Berufsunfähigkeit	206			

Das Ergebnis der logistischen Regression wurde in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 43: Logistische Regression Abbruch

Prädiktoren N = 204	<i>b</i>	<i>OR</i>	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>Wald</i>	<i>SEM</i>
Konstante	-5.672	.003	.010	1	18.865	1.306
Alter	.057	1.059	.112	1	6.598	.022
Psychosomatik (MMPI)	.023	1.023	.086	1	2.519	.015
Medikamente ja/nein	.679	1.971	.069	1	2.948	.395
Berufsunfähigkeit ja/nein	.640	1.897	.010	1	3.295	.353
Modell	-2LL	<i>R</i> ² Nagelkerke	<i>Chi</i> ² -Modell	<i>df</i>	<i>p</i>	
	206.544	.157	22.888	10	.004	

Der Anteil der erklärten Variabilität liegt für das vorliegende Modell laut Gütemaß nach Nagelkerke bei .157 was für eine Nutzung als Klassifikationsinstrument nicht befriedigend ist. In Anbetracht der Tatsache, dass es sich hier um die Prognose eines sehr komplexen Zusammenhangs mit zahlreichen nicht kontrollierbaren Einflussfaktoren handelt, waren deutlich höhere Gütemaße allerdings auch nicht anzunehmen.

Tabelle 44: Klassifizierungstabelle Abbruch

Beobachtet		Vorhergesagt		
		Abbruch	% -Satz der Richtigen	
		nein	ja	
Abbruch	nein	146	7	95.4
	ja	44	7	13.7
Gesamtprozentsatz				75.0

Der Trennwert lautet .500

Insgesamt konnten 75% der beobachteten Fälle korrekt klassifiziert werden.

Da durch die dargestellte Klassifizierungstabelle nur 13.7% der Maßnahmeabbrecher korrekt klassifiziert werden konnten, erfolgte eine Verschiebung des Verhältnisses zwischen Sensitivität und Spezifität vom voreingestellten Klassifikationsschwellenwert von 0.5 auf 0.2. Auf diese Weise erhält man die in Tabelle 45 korrekte Klassifikation der Maßnahmeabbrecher von 74.5% bei einem gleichzeitigen Absinken des Gesamtprozentsatzes richtig klassifizierter Fälle von 75% auf 60.3%.

Tabelle 45: Klassifizierungstabelle Abbruch - Trennwert = 0.2

Beobachtet		Vorhergesagt		
		Abbruch		%-Satz der Richtigen
Abbruch		nein	ja	
	nein	85	68	55.6
	ja	13	38	74.5
Gesamtprozentsatz				60.3

Der Trennwert lautet .200

5.4.4 Diskriminanzanalyse

Die Berechnung einer Diskriminanzanalyse erbrachte die in Tabelle 46 aufgeführte Diskriminanzfunktion, die mit einer Kanonschen Korrelation von .328 ebenfalls nicht ganz zufrieden stellend zwischen Maßnahmeabbrechern und Nichtabbrechern trennt.

Tabelle 46: Diskriminanzfunktion Abbruch

N = 204			Diskriminanz-Funktion		
Alter			.070		
Psychosomatik			.809		
Medikamente ja/nein			.030		
Berufsunfähigkeit ja/nein			.870		
(Konstant)			-5.565		
<i>Wilks-Lambda</i>	<i>Chi²</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>Kanonsche r</i>	
.893	22.694	4	.000	.328	

Tabelle 47: Klassifizierungstabelle Diskriminanzanalyse Abbruch

		Arbeit	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
			nein	ja	
Original	Anzahl	nein	106	47	153
		ja	18	33	51
	%	nein	69.3	30.7	100.0
		ja	35.3	64.7	100.0

68.1% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert

Durch diese Diskriminanzfunktion lassen sich 68.1% der Fälle korrekt klassifizieren. Der Anteil der richtig klassifizierten Maßnahmeabbrecher liegt hier bei 64.7%.

5.4.5 Zusammenfassung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass vier Hypothesen bestätigt werden konnten. Regelmäßiger **Medikamentenkonsum** ($d=.38$), eine vorhandene **Berufsunfähigkeit** ($d=.44$) für einen erlernten Beruf, ein hohes **Alter** ($d=.46$) sowie starke subjektive **psychosomatische Beeinträchtigungen** ($d=.37$) erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Maßnahmeabbruchs aus gesundheitlichen Gründen.

Entsprechend der Hypothesen konnten für vier weitere Einflussfaktoren Tendenzen in der vermuteten Richtung gefunden werden, die jedoch nicht signifikant geworden sind. So sind Maßnahmeabbrecher aus gesundheitlichen Gründen im Schnitt **subjektiv depressiver** ($d=.24$) und **weniger belastbar** ($d=.21$), verfügen über einen geringeren **Schulabschluss** ($d=.20$) und schätzen subjektiv ihre **Familienprobleme** ($d=.20$) größer ein.

Die **Verschuldung**, die aufgrund ihrer existenziellen Bedrohung in der Literatur als Risikofaktor für einen Maßnahmeabbruch aus gesundheitlichen Gründen angesehen wird, entpuppte sich bei der hier untersuchten Stichprobe entgegengesetzt sogar als möglicher Schutzfaktor, allerdings mit sehr kleiner Effektstärke. So brachen Teilnehmer, die „gar nicht“ oder nur „etwas“ verschuldet waren die Maßnahme im Schnitt häufiger ab als Teilnehmer, die „stark“ oder „sehr stark“ verschuldet waren. Auch wenn dieser Unterschied nicht signifikant wird, so bewegt er sich doch an der Grenze zur Signifikanz. Diese Tendenz entgegengesetzt der aufgestellten Hypothese entspricht den Ergebnissen zur Verschuldung bezüglich der erfolgreichen beruflichen Integration. Es wird vermutet, dass trotz genereller Gültigkeit der Ausführungen von Kuhnert (2000) hier möglicherweise der Maßnahmebeginn einen positiven Einfluss auf die Erwartungshaltung der Maßnahmeteilnehmer hat und diese die Maßnahme als Chance verstehen, um aus den finanziellen Schwierigkeiten durch das Finden eines Arbeitsplatzes herauszukommen und diese Chance nicht durch einen vorzeitigen Maßnahmeabbruch gefährden wollen.

Überraschend ist auch das Ergebnis bezüglich der **Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis** ($d=.12$), die in der Literatur als Risikofaktor für einen Maßnahmeabbruch beschrieben wird. Hier zeigten sich Tendenzen entgegen der angenommenen Hypothese. So brachen Teilnehmer mit der Diagnose Schizophrenie die Maßnahme seltener aus gesundheitlichen Gründen ab, allerdings wird dieser Unterschied nicht signifikant. Hier ist zu bemerken, dass im Unterschied zu den beschriebenen Stichproben von Hoffmann et al. (2000) und Watzke (2006) die hier untersuchte Stichprobe der Maßnahmeteilnehmer mit Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis überwiegend medikamentös gut eingestellt war und jedem Betroffenen, wie allen Maßnahmeteilnehmern, eine tägliche Arbeitsfähigkeit von 8

Stunden bescheinigt wurde. Eine genauere Analyse erbrachte außerdem, dass die untersuchten Maßnahmeteilnehmer mit Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis eine signifikant höhere Schulbildung aufwiesen als die restlichen Seminarteilnehmer, allerdings keine höhere Intelligenz- oder Konzentrationsleistung erbrachten. Es kann angenommen werden, dass der Krankheitsbeginn erst nach Abschluss der ersten Ausbildungsphasen erfolgte, durch die einsetzende Medikamenteneinnahme die kognitiven Leistungen aktuell jedoch nicht mehr voll ausgeschöpft werden können. Eine Erklärung für die verminderte Abbruchrate aus gesundheitlichen Gründen kann damit allerdings nicht gegeben werden. Anzunehmen ist jedoch, dass die strukturellen Rahmenbedingungen der Maßnahme mit verbundener Aktivierung den Bedürfnissen von Maßnahmeteilnehmern mit Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis entgegen kommen.

Insgesamt leisten die identifizierten Prädiktoren jedoch eine nicht befriedigende Vorhersage des Maßnahmeabbruchs aus gesundheitlichen Gründen. Anscheinend handelt es sich um ein zu komplexes Bedingungsgefüge, um anhand der erhobenen Faktoren eine brauchbare Vorhersage mit anschließender Ursachenanalyse geben zu können.

5.5 Prädiktoren der Flucht in Krankheit psychisch Kranker

Entsprechend der unter 3.4 dargestellten graphischen Darstellung des Modells des Maßnahmeabbruchs aus gesundheitlichen Gründen wird angenommen, dass die Anzahl krankheitsbedingter Fehlzeiten eine vermittelnde Einflussgröße für den Maßnahmeabbruch aus gesundheitlichen Gründen ist.

Da während der Literatur-Recherche keine Untersuchungen ausfindig gemacht werden konnten, in der die Anzahl krankheitsbedingter Fehlzeiten als Zielvariable erhoben wurde, erfolgte die Suche nach möglichen Einflussfaktoren explorativ. Ausgehend von den Faktoren, die auch den Maßnahmeabbruch aus gesundheitlichen Gründen beeinflussen, wurden weitere mögliche Einflussgrößen geprüft. Aufgrund des metrischen Datenniveaus allerdings fehlender Normalverteilung der Zielvariable „krankheitsbedingte Fehlzeiten“ erfolgte die Prüfung möglicher Einflussfaktoren mit metrischem Datenniveau durch Spearman-Korrelationen während nominale Einflussfaktoren mit dem U-Test von Mann & Whitney für zwei unabhängige Stichproben geprüft wurden und ordinale Einflussfaktoren mit dem Chi-Quadrat-Test.

Als Zielvariable diente der prozentuale Anteil krankheitsbedingter Fehltage im Verhältnis zu den insgesamt absolvierten Maßnahmetagen. Auf diese Weise konnten auch solche

Teilnehmer in die Berechnung aufgenommen und unverzerrt dargestellt werden, die die Maßnahme teilweise schon zu sehr frühen Zeitpunkten aus gesundheitlichen Gründen abbrechen mussten.

5.5.1 Metrisches Datenniveau der Einflussfaktoren – Spearman-Korrelationen

Tabelle 48: Korrelationen (Spearman) Krankheitsbedingte Fehlzeiten

			KRANK%
Spearman-Rho	Alter	Korrelationskoeffizient	.109
		Sig. (1-seitig)	.060
		N	206
	Psychosomatik (MMPI)	Korrelationskoeffizient	.201(**)
		Sig. (1-seitig)	.002
		N	204
	Familienprobleme (MMPI)	Korrelationskoeffizient	.167(**)
		Sig. (1-seitig)	.009
		N	204
	Beziehungsprobleme (MMPI)	Korrelationskoeffizient	.166(**)
		Sig. (1-seitig)	.009
		N	204
	Gedankliche Weiterbeschäftigung (SVF 78)	Korrelationskoeffizient	.182(**)
		Sig. (1-seitig)	.004
		N	205
	Belastbarkeit (BIP)	Korrelationskoeffizient	-.091
		Sig. (1-seitig)	.097
		N	206
	Kontaktfähigkeit (BIP)	Korrelationskoeffizient	.178(**)
		Sig. (1-seitig)	.005
		N	205

** Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (einseitig).

* Die Korrelation ist auf dem 0.05 Niveau signifikant (einseitig).

Es zeigten sich signifikante positive Korrelationen zwischen dem prozentualen Anteil an krankheitsbedingten Fehlzeiten und der Psychosomatik (MMPI), Familienproblemen (MMPI), Beziehungsproblemen (MMPI), Gedanklicher Weiterbeschäftigung (SVF 78) und der Kontaktfähigkeit.

Eine geringe Korrelation zwischen Alter und prozentualen Anteil an krankheitsbedingten Fehlzeiten wurde knapp nicht signifikant.

5.5.2 Nominales Datenniveau der Einflussfaktoren – U-Test für zwei unabhängige Stichproben

Medikamenteneinnahme:

Medikamenteneinnahme hat keinen signifikanten Einfluss auf den prozentualen Anteil an krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Tabelle 49: U-Test Fehltage - Medikamente

	Medikamente	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
%Anteil Krankheitstage	nein	74	101.35	7500.00
	ja	132	104.70	13821.00
	Gesamt	206		
<hr/>				
Mann-Whitney-U:	Z		Wilcoxon W	p (2-seitig)
4725.000	-.387		7500.000	.698

Berufsunfähigkeit:

Berufsunfähigkeit hat keinen signifikanten Einfluss auf den prozentualen Anteil an krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Tabelle 50: U-Test Fehltage - BU

	BU	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
%Anteil Krankheitstage	nein	115	101.63	11687.00
	ja	91	105.87	9634.00
	Gesamt	206		
<hr/>				
Mann-Whitney-U:	Z		Wilcoxon W	p (2-seitig)
5017.000	-.507		11687.000	.612

Geschlecht:

Frauen fehlen häufiger krankheitsbedingt als Männer, dieser Unterschied wird jedoch nur auf einem Signifikanzniveau von .10 signifikant.

Tabelle 51: U-Test Fehltage - Geschlecht

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
%-Anteil	Frauen	101	111.01	11212.50
Krankheitstage	Männer	105	96.27	10108.50
	Gesamt	206		
<i>Mann-Whitney-U:</i>	<i>Z</i>		<i>Wilcoxon W</i>	<i>p (2-seitig)</i>
4543.500	-1.775		10108.500	.076

Diagnose aus schizophrenem Formenkreis:

Teilnehmer mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis wurden signifikant seltener krank als Teilnehmer ohne eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis.

Tabelle 52: U-Test Fehltage - Schizophrenie

	Schizophrenie	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
%-Anteil	nein	175	108.54	18994.50
Krankheitstage	ja	31	75.05	2326.50
	Gesamt	206		
<i>Mann-Whitney-U:</i>	<i>Z</i>		<i>Wilcoxon W</i>	<i>p (2-seitig)</i>
1830.500	-2.884		2326.500	.004

Ordinales Datenniveau – Chi-Quadrat-TestAktivität im Freizeitverhalten:

Teilnehmer mit häufigen Nennungen aktiver Freizeitbeschäftigungen werden signifikant häufiger krank.

Tabelle 53: Chi² Fehltage - Freizeitverhalten

	aktiv	N	Mittlerer Rang
	0	4	80.00
	1	35	75.01
%-Anteil	2	48	103.14
Krankheitstage	3	59	82.40
	4	37	110.23
	Gesamt	183	
<i>Chi²</i>		<i>df</i>	<i>p</i>
12.249		4	.016

Engagement (LMI):

Um die Annahme zu prüfen, ob ein mittleres Engagement als Schutzfaktor gegen häufige krankheitsbedingte Fehlzeiten angesehen werden kann, wurde die Skala Engagement (LMI) in drei Kategorien für niedriges, mittleres und starkes Engagement geteilt. Für die Gruppe mit mittlerem Engagement zeigte sich eine geringere Zahl prozentualer krankheitsbedingter Fehlzeiten. Dieser Unterschied wurde jedoch nicht signifikant.

Tabelle 54: Chi² Fehltage - Engagement

	Engagement	N	Mittlerer Rang
%Anteil Krankheitstage	niedrig	40	106.43
	mittel	101	96.75
	hoch	65	112.19
	Gesamt	206	
Chi ²	df	p	
2.776	2	.250	
Engagement (LMI)	niedrig	mittel	hoch
	1-3	4-6	7-9

5.5.3 Multiple lineare Regressionsanalyse

In die Multiple lineare Regressionsanalyse wurden diejenigen Einflussfaktoren mit metrischem Datenniveau aufgenommen, die einen signifikanten Zusammenhang (gemessen durch die Spearman-Korrelation) mit dem prozentualen Anteil krankheitsbedingter Fehlzeiten aufwiesen.

In der folgenden Tabelle wurden die standardisierten und nicht standardisierten Koeffizienten des Modells dargestellt. Es konnte eine signifikante Verbesserung der Prognose der krankheitsbedingten Fehlzeiten durch das Modell erreicht werden.

Der Anteil der erklärten Variabilität liegt für das vorliegende Modell bei .118, das korrigierte Gütemaß nur noch bei .086 was für eine Nutzung als Klassifikationsinstrument nicht befriedigend ist.

Tabelle 55: Multiple lineare Regressionsanalyse - Fehlzeiten

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p
	B	SEM	Beta		
(Konstante)	-25.795	9.590		-2.690	.008
Alter	.161	.122	.092	1.323	.188
Psychosomatik (MMPI)	.068	.097	.055	.703	.483
Beziehungsprobleme (MMPI)	.090	.142	.071	.635	.526
Familienprobleme (MMPI)	.122	.121	.103	1.012	.313
SVF ged. Weiterbesch.	.195	.107	.151	1.829	.069
Belastbarkeit (BIP)	-.197	.764	-.021	-.258	.796
Kontaktfähigkeit (BIP)	2.255	.640	.278	3.523	.001
<i>Modell</i>	<i>R²</i>	<i>Korr. R²</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>df</i>
	.118	.086	3.697	.001	201

Abhängige Variable: krankproz

5.5.4 Zusammenfassung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Insgesamt ist festzustellen, dass entsprechend der Prädiktoren für den Abbruch der Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen die *subjektiven psychosomatischen Beschwerden* ($r=.201$) und die *Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis* ($r=.20$) auch den prozentualen Anteil der krankheitsbedingten Fehltage voraussagen.

Außerdem steigt die Wahrscheinlichkeit für viele krankheitsbedingte Fehltage bei Teilnehmern mit häufigen Nennungen *aktiver Freizeitbeschäftigungen*, hoher selbst eingeschätzter *Kontaktfähigkeit* ($r=.178$), starken *Familien-* ($r=.167$) und *Beziehungsproblemen* ($r=.166$) sowie ausgeprägter *Gedankliche Weiterbeschäftigung*. ($r=.182$) Abgesehen von den subjektiven psychosomatischen Beschwerden liegen die Korrelationen dieser Einflussfaktoren jedoch unter .20. Eine vertiefende Interpretation erscheint daher nicht sinnvoll.

Im Schnitt werden *Männer* und *verschuldete Maßnahmeteilnehmer* seltener krank. Dieser Zusammenhang wird jedoch erst auf einem herabgesetzten Signifikanzniveau mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von $\alpha = 10\%$ signifikant.

Insgesamt lässt sich der prozentuale Anteil krankheitsbedingter Fehlzeiten mit den identifizierten Prädiktoren nur unzureichend voraussagen. Offensichtlich spielen nicht erhobene situative Bedingungen und Interaktionsprozesse innerhalb der Maßnahme wie Überforderungs- und motivationale Aspekte eine größere Rolle.

5.5.5 Anpassung an Modell-Übersicht

Die nachfolgende Modell-Übersicht stellt die Ergebnisse der Kapitel 5.4 und 5.5 gemeinsam dar. Entsprechend der Legende wurden die Prädiktoren des Maßnahme-Abbruchs aus gesundheitlichen Gründen blau dargestellt während die Prädiktoren des prozentualen Anteils krankheitsbedingter Fehlzeiten grün markiert wurden. Prädiktoren für die gleichzeitige Vorhersage von Maßnahmeabbruch und Fehlzeiten wurden rot dargestellt.

Im Vergleich mit der unter 3.4 dargestellten hypothetischen Modell-Übersicht wurden diejenigen Einflussvariablen, die sich in der Hypothesenprüfung nicht bewähren konnten aus der Übersicht entfernt, während zusätzliche Variablen aufgenommen wurden die explorativ identifiziert wurden und einen Zusammenhang zur Anzahl krankheitsbedingter Fehltage aufweisen. So konnte die Qualifikation durch das Freizeitverhalten ausgetauscht werden.

Der in Kapitel 2.5 angenommene Zusammenhang zwischen dem prozentualen Anteil krankheitsbedingter Fehlzeiten und dem Maßnahmeabbruch konnte bestätigt werden: Während der Mittelwert der krankheitsbedingten Fehlzeiten für Teilnehmer ohne Maßnahmeabbruch aus gesundheitlichen Gründen bei ca. 11% liegt, sind Maßnahmeabbrecher aus gesundheitlichen Gründen im Mittel 30% krank. Dieser Unterschied ist signifikant.

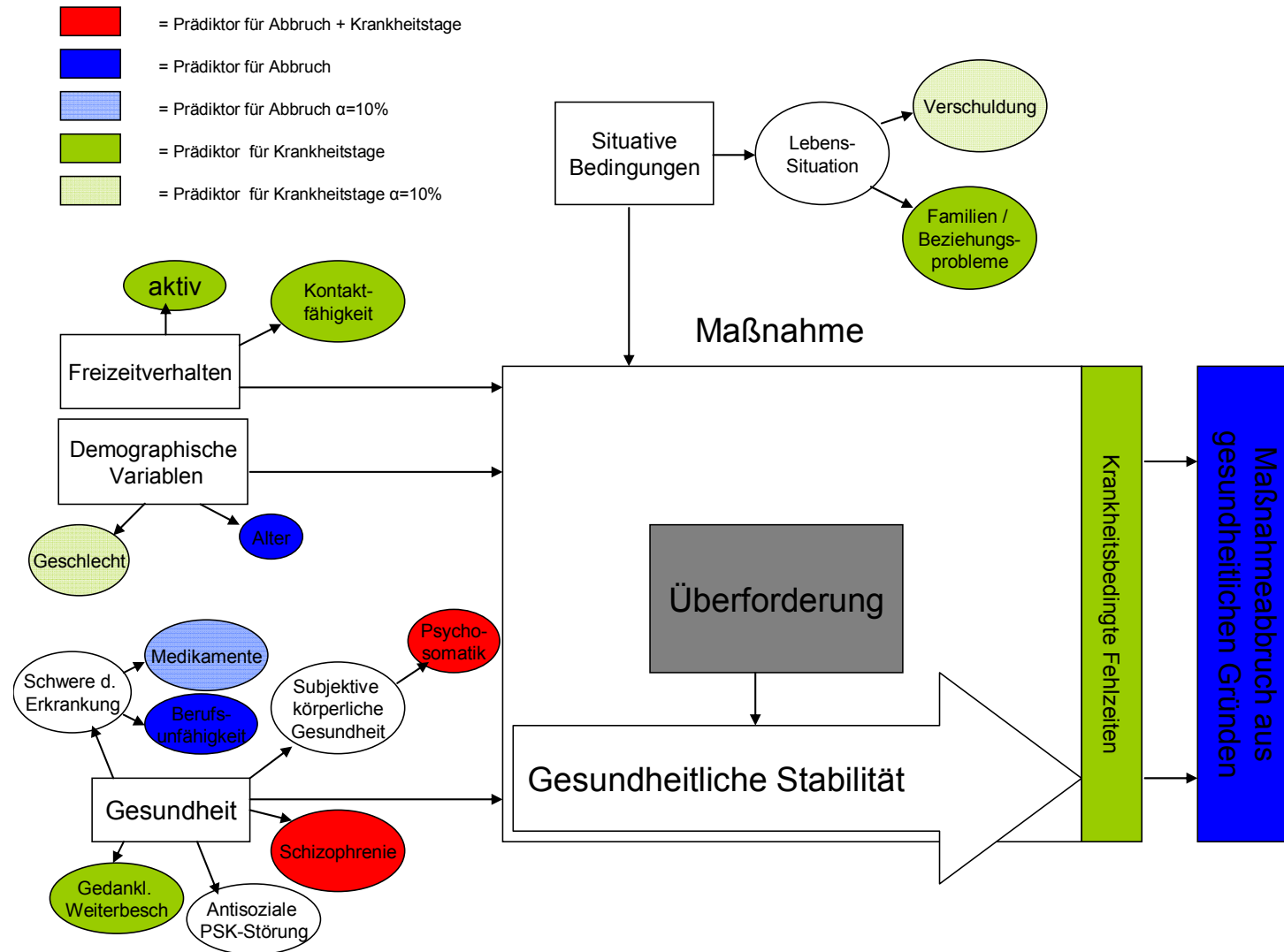


Abbildung 26: Angepasste Prädiktoren-Übersicht "Abbruch + Fehlzeiten"

5.6 Faktorenanalyse

Um zu überprüfen, ob den psychodiagnostischen Test-Ergebnissen gemeinsam mit den demographischen Variablen und den Einschätzungen der privaten Situation aus dem Teilnehmerprofil eine systematische Struktur zugrunde liegt, wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Damit die Unterskalen des SVF-78 die Faktoren-Struktur nicht zu stark dominieren, wurden sie aus der Analyse ausgeschlossen ebenso wie die Internalität und das Selbstkonzept, die als Unterskalen der Selbstwirksamkeitserwartung im FKK betrachtet werden können. Die nach dem Kaiserkriterium (Eigenwerte > 1) extrahierten Faktoren wurden für mehr Übersichtlichkeit auf vier Hauptfaktoren reduziert.

Die Eigenwerte der Faktoren betragen 7.024, 2.931, 2.395 und 1.733, die Varianzaufklärung für alle vier Faktoren beträgt 45.4% und wurde detailliert in Tabelle 57 dargestellt. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß für den inneren Zusammenhang der Items liegt bei $KMO = .80$ und ist damit akzeptabel. Die Kommunalitäten der Items liegen zwischen $h^2 = 2.48$ und $h^2 = 7.93$ und sind somit recht zufrieden stellend. Insgesamt ziehen die Faktoren recht hohe Ladungen auf sich: Kein Item weist Ladungen unter .40 auf. Für die gewählte Faktorenlösung spricht ferner, dass Doppelladungen größer als .39 nicht auftreten. In Tabelle 56 wurden alle Ladungen, die kleiner als .20 waren der Übersichtlichkeit wegen unterdrückt.

Tabelle 56: Faktorenanalyse

	Komponente			
	1	2	3	4
Generalisierte Angst (MMPI)	-.829	.308		
Depressivität (MMPI)	-.805			
Selbstbewusstsein (BIP)	.767			
Negativstrategien (SVF-78)	-.767			
Selbstwirksamkeit (FKK)	.747			
Selbstabwertung (MMPI)	-.724	.323		
Kontaktfähigkeit (BIP)	.686			
Handlungsorientierung (BIP)	.664	.275		
Flexibilität (BIP)	.648	.253		
Optimismus (LOT)	.633			
Belastbarkeit (BIP)	.626	.344		
Psychosomatik (MMPI)	-.617	.371		
Positivstrategien (SVF-78)	.585			
Phobien (MMPI)	-.466	.377	-.214	
Leistungsmotivation (BIP)		.645		
Alkoholismus (MMPI)		.595		
Engagement (LMI)		.560	.206	
Familienprobleme (MMPI)	-.387	.480		
Gewissenhaftigkeit (MMPI)	.211	.457		
niedrigere Bezahlung (BP)		-.432	.355	
Verschuldung (BP)		.409		
Gesamt-IQ (LPS)			.774	
Schulabschluss (BP)		-.216	.604	
Gesamt-Konzentration (D2)			.591	-.213
Anzahl Berufsausbildungen (BP)			.493	
unter bisheriger Qualifikation (BP)			.442	.308
Arbeitsbedingungen (BP)				.613
Längerer Arbeitsweg (BP)			.352	.542
Alter (BP)			.300	-.529
Wohnortwechsel (BP)		.283		.449
Anzahl Kinder (im Haushalt) (BP)	-.203			-.438

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

a 4 Komponenten extrahiert

Tabelle 57: Faktoren-Interpretation

Faktor	Varianzaufklärung in %
Faktor 1: „Psychisch Stabile, Handlungsorientierte“	22.659
Faktor 2: „Veränderungsmotivierte mit Druck“	9.454
Faktor 3: „Qualifizierte“	7.725
Faktor 4: „Junge Konzessionsbereite“	5.591

Inhaltlich spiegelt der erste Faktor psychisch stabile sowie selbstwertdienliche Persönlichkeitsmerkmale wieder mit ausgeprägter Handlungsorientierung, die als optimale Voraussetzungen für Psychische Gesundheit sowie Lebenszufriedenheit angesehen werden können. Mit über 22% trägt dieser Faktor zum größten Teil zur Gesamt-Varianzaufklärung bei.

Interessanter Weise konnte kein Zusammenhang dieses Faktors mit der erfolgreichen beruflichen Integration oder des vorzeitigen krankheitsbedingten Maßnahme-Abbruchs beziehungsweise der krankheitsbedingten Fehlzeiten festgestellt werden.

Der zweite Faktor lässt sich im Sinne einer starken Veränderungsmotivation (hohe Engagements- und Leistungsmotivationswerte bei herabgesetztem Anspruch auf Bezahlung) aufgrund von äußerem Druck (ehemals Alkohol- und Familienprobleme, Verschuldung) interpretieren. Ein leichter Zusammenhang zur beruflichen Integration konnte festgestellt werden.

Der dritte Faktor wurde mit „Qualifizierte“ betitelt und beinhaltet ein hohes intellektuelles Leistungsvermögen verbunden mit hohem Schulabschluss, abgeschlossener Berufsausbildung(en) sowie der Bereitschaft unter beschriebener bisheriger Qualifikation tätig zu werden. Dieser Faktor unterscheidet signifikant zwischen beruflich integrierten und nicht integrierten Maßnahme-Teilnehmern.

Eine hohe Konzessionsbereitschaft bezüglich der Arbeitsbedingungen, des Arbeitsweges sowie des Wohnortwechsels konnte im vierten Faktor in Zusammenhang mit einem jüngeren Alter und einer geringeren Kinderanzahl identifiziert werden. Eine Beziehung zur erfolgreichen beruflichen Integration dieses Faktors konnte nicht hergestellt werden.

Tabelle 58: T-Test berufliche Integration - Faktoren

	Arbeit	N	M	SD	T-Test	
					P 2-seitig	Mittlere Differenz
F 1: „Psychisch Stabile“	0	139	-.0176510	1.00546182	.701	-.0606945
	1	57	.0430436	.99408526	.700	-.0606945
F2: „Veränderungsmotivierte“	0	139	-.0933334	.98342860	.041	-.3209358
	1	57	.2276024	1.01217765	.045	-.3209358
F 3: „Qualifizierte“	0	139	-.1274806	.96782453	.005	-.4383545
	1	57	.3108738	1.01743731	.007	-.4383545
F 4: „Junge Konzessionsbereite“	0	139	-.0467853	.96825629	.308	-.1608757
	1	57	.1140904	1.07384495	.330	-.1608757

Tabelle 59: T-Test Abbruch KH - Faktoren

	Abbruch KH	N	M	SD	T-Test	
					P 2-seitig	Mittlere Differenz
F 1: „Psychisch Stabile“	0	143	-.0553839	.97022883	.180	-.2275554
	1	46	.1721716	1.08040053	.207	-.2275554
F 2: „Veränderungsmotivierte“	0	143	.0089145	.99602212	.830	.0366270
	1	46	-.0277125	1.02285851	.832	.0366270
F 3: „Qualifizierte“	0	143	-.0376990	.99262780	.362	-.1548939
	1	46	.1171948	1.02470549	.372	-.1548939
F 4: „Junge Konzessionsbereite“	0	143	.0347863	1.04541577	.401	.1429262
	1	46	-.1081399	.84456505	.350	.1429262

Eine detaillierte Ergebnisdarstellung der Faktorenanalyse findet sich im Anhang.

5.7 Prä-Post-Test-Analyse

Von den 206 Maßnahmeteilnehmern, die in die Untersuchung aufgenommen wurden, nahmen für die psychodiagnostische Post-Testung am Ende der Maßnahme je nach Test zwischen 108 und 114 Maßnahmeteilnehmer teil (siehe 6.1.1 Vollständigkeit der Daten).

Es ist von einem Selektionsprozess auszugehen, da keiner der Maßnahmeabbrecher in die Post-Testung aufgenommen werden konnte. Es fehlen also 53 Maßnahmeabbrecher aus gesundheitlichen Gründen und 8 Maßnahmeabbrecher aus sonstigen Gründen. Weitere Missing-Werte (31) ergaben sich aus Krankheit oder Unabkömmlichkeit für die beruflich integrierten Teilnehmer bei ihrem neuen Arbeitgeber.

Von den 114 Maßnahmeteilnehmern, die wenigstens einen Post-Test bearbeitet haben, befanden sich 38, die erfolgreich auf den ersten Arbeitsmarkt integriert werden konnten.

In einem ersten Schritt wurden Prä- und Postwerte aufgrund ihres ausschließlich metrischen Datenniveaus mit Hilfe des T-Tests für gepaarte Stichproben auf signifikante Veränderungen geprüft.

Im Anschluss daran erfolgte ein Vergleich der Veränderungen für erfolgreich integrierte und nicht erfolgreich integrierte Maßnahmeteilnehmer.

In den folgenden Tabellen wurden die Ergebnisse der T-Test-Analyse für gepaarte Stichproben für diejenigen Testskalen dargestellt, für die eine signifikante Veränderung gefunden werden konnte. Die Ergebnisse für die restlichen Testskalen sind im Anhang zu finden.

Tabelle 60: Statistische Kennwerte - Prä-Post-Vergleich

		M	N	SD
MMPI	Depressivität prä	64.40	108	12.642
	Depressivität post	60.61	108	13.376
	Selbstabwertung prä	62.81	108	14.048
	Selbstabwertung post	58.47	108	15.286
	Generalisierte Angst prä	61.70	108	12.429
	Generalisierte Angst post	58.68	108	12.992
	Beziehungsprobleme prä	60.84	108	11.618
	Beziehungsprobleme post	57.29	108	11.870
	Familienprobleme prä	56.41	108	12.078
	Familienprobleme post	53.25	108	11.661
SVF-78	Positivstrategien prä	50.21	110	11.122
	Positivstrategien post	52.37	110	9.315
	Herunterspielen prä	47.30	110	12.897
	Herunterspielen post	49.68	110	11.615
	Negativstrategien prä	55.56	110	13.099
	Negativstrategien post	51.38	110	13.132
	Flucht prä	54.27	110	12.560
	Flucht post	52.21	110	12.218
	Ged. Weiterbesch. prä	51.60	110	10.649
	Ged. Weiterbesch. post	48.55	110	11.303
	Resignation prä	56.56	110	12.847
	Resignation post	51.88	110	12.137
	Selbstbeschuldigung prä	53.72	110	12.106
	Selbstbeschuldigung post	51.12	110	12.485
FKK	Selbstkonzept prä	45.31	113	11.564
	Selbstkonzept post	47.37	113	12.567

LMI	Engagement prä	5.52	110	2.153
	Engagement post	5.21	110	2.000
LOT	Optimismus prä	21.03	110	3.978
	Optimismus post	21.98	110	4.232
BIP	Belastbarkeit prä	2.95	114	1.481
	Belastbarkeit post	3.33	114	1.885
	Selbstbewusstsein prä	3.33	114	1.866
	Selbstbewusstsein post	4.01	114	2.080
	Flexibilität prä	2.86	114	1.420
	Flexibilität post	3.10	114	1.656
	Teamorientierung prä	4.61	114	1.757
	Teamorientierung post	4.91	114	1.989
	Kontaktfähigkeit prä	3.81	114	1.794
	Kontaktfähigkeit post	4.14	114	1.744

Wie aus der Tabelle 60 ersichtlich wird, sind die Veränderungen durchgängig als positiv zu bezeichnen. Lediglich das Engagement sinkt leicht.

Tabelle 61: T-Test für gepaarte Stichproben Prä-Post

	Gepaarte Differenzen					T	df	p 2-seitig
	M	SD	SEM des M	95% Konfidenzintervall der Differenz				
				Untere	Obere			
MMPI Depressivität	3.787	10.913	1.050	1.705	5.869	3.606	107	.000
MMPI Selbstabwertung	4.333	11.165	1.074	2.204	6.463	4.033	107	.000
MMPI Generalisierte Angst	3.028	8.877	.854	1.335	4.721	3.545	107	.001
MMPI Beziehungsprobleme	3.556	9.974	.960	1.653	5.458	3.705	107	.000
MMPI Familienprobleme	3.157	8.396	.808	1.556	4.759	3.908	107	.000
SVF Positivstrategien	-2.161	10.276	.971	-4.085	-.237	-2.225	111	.028
SVF Herunterspielen	-2.382	9.144	.872	-4.110	-.654	-2.732	109	.007
SVF Negativstrategien	4.188	10.391	.982	2.242	6.133	4.265	111	.000
SVF Flucht	2.064	11.066	1.055	-.028	4.155	1.956	109	.053
SVF gedankl. Weiterbesch.	3.055	9.275	.884	1.302	4.807	3.454	109	.001
SVF Resignation	4.682	8.615	.821	3.054	6.310	5.700	109	.000
SVF Selbstbeschuldigung	2.600	10.652	1.016	.587	4.613	2.560	109	.012
FKK Selbstkonzept	-2.062	10.528	.990	-4.024	-.100	-2.082	112	.040
LMI Engagement	.309	1.739	.166	-.019	.638	1.865	109	.065
LOT Optimismus	-.955	4.444	.424	-1.794	-.115	-2.253	109	.026

BIP Belastbarkeit	-.386	1.340	.126	-.635	-.137	-3.074	113	.003
BIP Selbstbewusstsein	-.675	1.417	.133	-.938	-.412	-5.088	113	.000
BIP Flexibilität	-.237	1.214	.114	-.462	-.012	-2.083	113	.040
BIP Teamorientierung	-.298	1.420	.133	-.562	-.035	-2.242	113	.027
BIP Kontaktfähigkeit	-.333	1.142	.107	-.545	-.121	-3.117	113	.002

5.7.1 Unterschiede bezüglich der Entwicklung von Integrierten und Nicht-Integrierten

Um darzustellen, ob zwischen den beruflich erfolgreich integrierten Maßnahmeteilnehmern und den nicht Integrierten bezüglich der Entwicklung während der Maßnahme Unterschiede zu erkennen sind, wurden für beide Gruppen getrennte Mittelwertsvergleiche anhand des T-Tests für gepaarte Stichproben durchgeführt und in der folgenden Tabelle gegenübergestellt. Der Übersichtlichkeit halber wurden hier nur diejenigen Prä-Post-Test-Vergleiche dargestellt, die aufgrund der Mittelwertbetrachtungen Unterschiede zwischen den Gruppen nahe legen.

Tabelle 62: Unterschiede in Entwicklung Prä-Post von Integrierten - Nicht-Integrierten

	M Integriert	N	M Nicht-Integriert	N	P Integrierte	P Nicht-Integrierte
SVF Schuldabwehr prä	48.49	37	52.14	73	.008	.826
SVF Schuldabwehr post	53.59	37	52.45	73		
SVF Selbstbeschuldigung prä	54.43	37	53.36	73	.008	.281
SVF Selbstbeschuldigung post	49.27	37	52.05	73		
SVF Flucht prä	53.97	37	54.42	73	.555	.039
SVF Flucht post	52.70	37	51.96	73		
FKK Selbstkonzept prä	46.41	37	44.78	76	.024	.413
FKK Selbstkonzept post	50.76	37	45.72	76		
FKK Selbstwirksamkeit prä	49.08	37	46.39	76	.093	.734
FKK Selbstwirksamkeit post	52.16	37	45.99	76		
FKK Internalität prä	50.57	37	47.39	76	.271	.724
FKK Internalität post	52.76	37	46.91	76		
LMI Engagement prä	6.09	35	5.25	75	.004	.789
LMI Engagement post	5.23	35	5.20	75		
BIP Handlungsorientierung prä	4.61	38	3.89	76	.603	.016
BIP Handlungsorientierung post	4.47	38	4.22	76		

Es zeigt sich, dass die Schuldabwehr bei herabgesetztem Ausgangsniveau für integrierte Teilnehmern signifikant ansteigt, während sie sich für Nicht-Integrierten nicht ändert.

Gleichzeitig sinkt die Selbstbeschuldigung signifikant für Integrierte während sie sich für Nicht-Integrierte nur minimal verändert.

Flucht-Tendenzen bleiben für die beruflich Integrierten unverändert, sinken jedoch signifikant für die nicht integrierten Seminarteilnehmer.

Das Selbstkonzept steigt für Integrierte signifikant bei gleichzeitiger geringer Steigerung für Nicht-Integrierte. Die Selbstwirksamkeitserwartung steigt bei einer 10%-Irrtumswahrscheinlichkeit für die Integrierten signifikant, während sie für die Nicht-Integrierten sogar leicht abfällt. Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Internalität, allerdings ohne dass diese Veränderung signifikant wird.

Interessanter Weise sinkt das zunächst leicht erhöhte Engagement für die Integrierten signifikant auf das Niveau der Nicht-Integrierten herab, bei denen es konstant bleibt.

Die Handlungsorientierung steigt lediglich signifikant für die Nicht-Integrierten, erreicht jedoch noch nicht ganz das Ausgangsniveau der Integrierten, wo es sogar leicht absinkt. Hier nähern sich die Mittelwerte der Integrierten und der Nicht-Integrierten einander an.

5.7.2 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Zunächst ist einschränkend festzuhalten, dass die gefundenen positiven Veränderungen der Skalenwerte nur für Maßnahmeteilnehmer, die die Maßnahme abgeschlossen haben, gelten. Entsprechend können keine möglichen negativen Veränderungen der Skalen-Werte für die Maßnahme-Abbrecher aus gesundheitlichen Gründen ermittelt werden.

Zur Erklärung der dargestellten günstigen Veränderungen können einige Modelle zur Arbeitslosigkeit aus dem Kapitel 2.1.2 herangezogen werden: Voraussetzung hierfür ist die Annahme, dass die Integrationsmaßnahme Ähnlichkeit mit den Funktionen eines Arbeitsplatzes aufweist.

Entsprechend des Modells der manifesten und latenten Funktionen der Erwerbsarbeit (Jahoda 1986) sind dies die latenten Funktionen Tagesstrukturierung, soziale Kontakte, übergeordnete Ziele, die Schaffung von Identität sowie der Zwang zu Aktivität. Als Konsequenz zeigen sich in diesem Fall trotz der neuen Anforderungen der Maßnahme sowie der ungewohnten Arbeitsumgebungen verschiedener Praktika teilweise drastische psychosoziale Belastungsverringerungen in den Dimensionen depressive Beschwerden, negative Alltagsstimmungen, Ängstlichkeit, Ärger und Gefühle von Einsamkeit. Diese von Kieselbach, Scharf & Klink (1997) beschriebenen Veränderungen lassen sich gut auf die nachgewiesenen Prä-Post-Test-Unterschiede anwenden.

Besonders deutliche positive Veränderungen (auf .000-Signifikanzniveau) zeigten sich auf den Skalen **Familien- und Beziehungsprobleme**. Angenommen wird, dass die regelmäßige

Tagesstruktur, und das sinnstiftendes Element der aktiven Arbeitssuche mit Unterstützung das Problempotenzial zu Hause relativieren. Allein das Ausbleiben häufiger räumlicher Nähe mit Partner und Familie könnte zur Verringerung von Konflikten führen, da weniger zeitliche Reibungspunkte zur Verfügung stehen. Die selbst- und fremdwahrgenommene Bedeutung der eigenen Tätigkeit steigert den eigenen Selbstwert und lässt familiäre Konflikte zurücktreten, fördert die Distanz zu Alltagsproblemen und erlaubt eine ausgewogenere Beurteilung von familiären Differenzen.

Ebenfalls deutlich konnten die **Negativ-Strategien** insbesondere die **Resignation** verringert werden. Die hohen Ausgangswerte der Negativ-Strategien (siehe 6.1 „Stichprobenbeschreibung“) repräsentieren den Zustand nach teilweise sehr langen taten- und erfolglosen Phasen ohne berufliche Tätigkeit. Umso erfreulicher ist die deutliche Besserung gerade in diesem Bereich, der einer konstruktiven Handlungsaktivität stark entgegenwirkt. Die Gründe hierfür liegen vermutlich im Aufzeigen von Möglichkeiten, der Erprobung der eigenen Arbeitsfähigkeit und dem Austausch mit Gleichgesinnten.

Eine Analyse der Post-Test-Stichprobe ergab eine berufliche Integrationsrate von 33 %, die nur knapp über der Gesamtintegrationsrate liegt. Es wird also bezüglich der erfolgreichen beruflichen Integration angenommen, dass diese kleinere Stichprobe repräsentativ für die Gesamtstichprobe ist.

Vergleich Integrierte – Nicht-Integrierte

Beim Vergleich der Veränderungen der psychometrischen Daten der beruflich integrierten und nicht beruflich integrierten Maßnahmeteilnehmer fällt zunächst auf, dass die Stichprobengrößen (Integrierte 35-38, Nicht-Integrierte 73-76) relativ klein sind. Eine genauere Betrachtung erscheint trotzdem lohnenswert.

Da die **Selbstbeschuldigung** auf der einen und die **Schuldabwehr** auf der anderen Seite zwei Endpunkte einer Dimension darstellen, können sie als gemeinsamer Fakt interpretiert werden. Beruflich integrierte Teilnehmer beschuldigen sich am Ende der Maßnahme signifikant weniger als sie dies am Anfang taten und sind am Maßnahme-Ende eher in der Lage Schuldgefühle abzuweisen, während diese Entwicklung für nicht beruflich integrierte Maßnahmeteilnehmer fast vollkommen ausbleibt. Es wird angenommen, dass die positive Entwicklung der Zukunftsaussichten die Gründe für permanente Selbstbeschuldigungen reduziert. Die gleichen Ursachen könnten auch für die signifikante Steigerung des **Selbstkonzepts** für die beruflich integrierten Teilnehmer verantwortlich sein. Die Erfahrungen der Praktika, so gute Leistungen gezeigt zu haben, dass ein Arbeitgeber davon überzeugt wird

einen Anstellungsvertrag anzubieten, lässt den Glauben an die eigenen Fähigkeiten ansteigen. Gemäß des Rahmenmodells der Lebensplanung in Beruf und Privatleben (Abele 2002) entstehen Rückwirkungsschleifen aus dem eigenen Handeln (gezeigte berufliche Leistungen im Praktikum), entsprechende Rückmeldungen aus der Umwelt (Lob, Jobangebot) und anschließenden Veränderungen bezüglich der **Selbstwirksamkeitserwartung**, die ihrerseits günstig auf das berufliche Handeln wirken können (motivierter Arbeitsstil). Insbesondere bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung bleiben diese positiven Veränderungen für nicht integrierte Teilnehmer aus, da der Beweis der beruflichen Statusveränderung trotz eigener Bemühungen nicht geliefert werden kann.

Das **Engagement**, ein Prädiktor der erfolgreichen beruflichen Integration, nähert sich für die beruflich integrierten Teilnehmer dem mittleren Niveau der Nicht-Integrierten an. Als Konsequenz könnte interpretiert werden, dass ein erhöhtes Engagement im Sinne einer Arbeitsorientierung notwendig ist, um seinen beruflichen Status positiv zu verändern, für die persönliche Balance des eigenen Energiehaushalts (Work-Life-Balance) empfiehlt sich dann jedoch eine Annäherung auf ein mittleres Niveau. Es bedarf eines erhöhten Kraftaufwands, um sich ständig verändernden beruflichen Bedingungen anzupassen, sich stets von der besten Seite zu zeigen, um seine Chancen auf berufliche Veränderung wahrnehmen zu können. Genauso wichtig erscheint im Anschluss daran aber auch eine Relativierung der aufgewendeten Energien, um auch langfristig arbeitsfähig zu bleiben.

Das Ansteigen der **Handlungsorientierung** für die Nicht-Integrierten im Gegensatz zu den beruflich integrierten Maßnahmeteilnehmern, lässt sich durch das herabgesetzte Ausgangsniveau der Nicht-Integrierten auf dieser Skala erklären. Trotz des signifikanten Anstiegs wird das Ausgangsniveau der beruflich Integrierten nicht erreicht. Angenommen wird, dass diese positive Entwicklung der Nicht-Integrierten als Basis für weitere berufliche Veränderungsbemühungen wirksam werden kann.

In wieweit die Maßnahme mit ihren inhaltlichen und personellen Unterstützungsmöglichkeiten zu diesen Entwicklungen beigetragen hat, bleibt unklar. Angenommen werden kann auch eine generell positivere Einstellung der erfolgreich Integrierten in Anbetracht des zukünftigen neuen Arbeitsplatzes während der Bearbeitung der Post-Tests, die zu diesen günstigeren Ergebnissen führt.

5.8 Auswertung der Qualitativen Interviews

Die Analyse der Leitfadeninterviews lehnt sich an die von Schmidt (2005) empfohlene und im Rahmen von Forschungsansätzen bewährte Vorgehensweise in fünf Schritten:

1. Materialorientierte Bildung von Auswertungskategorien
2. Zusammenstellung der Auswertungskategorien zu einem Codierleitfaden
3. Codierung des Materials
4. Quantifizierende Materialübersichten
5. Vertiefende Fallinterpretationen

Materialorientierte Bildung von Auswertungskategorien

Zunächst wurde das Interviewmaterial eingehend gesichtet. Hierbei wurde darauf geachtet, wie die in den Fragen vorkommenden Schlüsselwörter von den Befragten aufgenommen und weiter verwendet wurden. Besonderes Augenmerk wurde auf die Frage gelegt, welche neuen, im Leitfaden nicht bedachten Themen im erhobenen Material auftauchen. Diese Themen wurden notiert und beim wiederholten Lesen des Interviewmaterials konkretisiert. Parallel wurden erste Auswertungskategorien gebildet, die sich teilweise an den Fragestellungen orientierten, teilweise aber auch solche Themen widerspiegelten, die im Leitfaden nicht formuliert wurden. Die zunächst recht groben Schlagworte wurden im weiteren Sichtungsverlauf konkretisiert. Des Weiteren wurde bereits damit begonnen auf Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Interviews zu achten. Dabei wurden beispielsweise Unterschiede im Erzählstil notiert.

Um keine Textpassagen zu übersehen, wurde versucht zunächst möglichst jeder Textpassage eine eigene Kategorie zuzuordnen.

Gemäß Mayring (2000) wurden die entwickelten Kategorien in einer Rückkopplungsschleife überarbeitet, einer Reliabilitätsprüfung unterzogen und teilweise zu Überkategorien zusammengefasst, um die sehr große Kategorienanzahl zu reduzieren. Innerhalb dieses Schrittes wurden Kategorien, die nur einen Fall beinhalteten und per Augenschein keine "interessante Besonderheit" darstellten, gelöscht.

Zusammenstellung der Auswertungskategorien zu einem Codierleitfaden

Die ausgewählten Kategorien wurden in Tabellenform als Codierleitfaden zusammengetragen und ausführlich beschrieben.

Zu den offenen Fragen des Leitfadens wurden entsprechend der Antworten inhaltliche Kategorien gebildet. Die Codierung in Form einer ja/nein-Kategorisierung sollte so erfolgen, dass die in der Kategorie beschriebenen Inhalte in der Antwort entweder zu finden sind (ja = 1) oder fehlten (nein = 0).

Lediglich bei der Codierung zur "Identifizierung mit Arbeit" (Was bedeutet für Sie Arbeit?) wurde eine Erweiterung vorgenommen.

Augrund der Bedeutung der Platzierung des jeweiligen Sinns der Arbeit zu Beginn oder am Ende der Antwort und der damit verbundenen Interpretierbarkeit der individuellen Priorität der Bedeutung von Arbeit wurde hier der *Platz der Aufzählung* mit erhoben. Dabei wurde angenommen, dass die zuerst genannten Bedeutungen der Arbeit für den Einzelnen besonders wichtig sind.

Weitere Ausnahmen stellen die Kategorien "Erzählstil" und "Selbstreflexion" der *Bewertung des Gesamtinterviews* dar.

Beim "Erzählstil" bot sich die Einteilung in drei Gruppen (detailliert, mittel, kurz und bündig) an, um einerseits der Vielfältigkeit des Antwortverhaltens gerecht zu werden und andererseits die Anzahl der Kategorien-Gruppen im Rahmen zu halten.

Die Fähigkeit zur Selbstreflexion variierte bei den interviewten Teilnehmern deutlich. Um dieser Bandbreite gerecht zu werden, wurde eine 5-stufige Skala zur Bewertung herangezogen.

Wenn eine Antwortkategorie an anderer Stelle des Interviews als direkt nach der im Codierleitfaden beschriebenen Frage zu finden war, wurde diese Antwort ebenfalls aufgenommen, um einem Informationsverlust entgegenzuwirken.

Zu jeder Kategorie wurde ein Ankerbeispiel aus dem zu analysierendem Material ausgewählt und mit Abkürzung der interviewten Person und Zeilenangabe versehen. Die Ankerbeispiele sollten die Einordnung des gesamten Interviewmaterials erleichtern.

Es ergaben sich 3 Hauptteile des Codierleitfadens:

1. Kategorien der einzelnen Fragestellungen
2. Sonstige, nicht direkt erfragte Kategorien
3. Bewertung des Gesamtinterviews

5.8.1 Codierleitfaden

5.8.1.1 Kategorien der einzelnen Fragestellungen

Kodierregel: 0 = nicht vorhanden 1= vorhanden

Individuelle Bewältigungsstrategien

(Nachdem Sie keine Arbeit mehr hatten, wie sind Sie vorgegangen, um wieder Arbeit zu bekommen?)

	Kategorie	Beschreibung	Ankerbeispiel
nach der Arbeitslosigkeit	Klassische Bewerbungsaktivitäten	Inserate studieren, im Internet nach Stellen suchen, im Umfeld umhören, zum Arbeitsamt gehen	"Indem ich mich jeden Sonntag hingesetzt hab und die Morgenpost geholt hab und mich beworben hab, per Computer und im Internet auf den Seiten der Arbeitgeber, die Mitarbeiter gesucht haben." (Fr. G.5-7)
	Arbeitsamt	Erwähnung des Gangs zum Arbeitsamt	
	besondere (aktive) Bewerbungsaktivitäten	Selbst Anzeige schalten, Leute auf der Straße ansprechen, in Firmen gehen (Kaltakquise)	"...da bin ich sämtliche Karstadt, C&A, Woolworth abgelaufen..." (Fr. B. 4) "...ich habe teilweise sogar Leute auf der Straße angesprochen. Die waren erstaunt, aber haben dann verneint." (Fr. H. 60-61)
	Niedrigere Qualifikation	Bereitschaft unter Qualifikation zu arbeiten	"da hab ich mich z.B. als Putzfrau beworben oder...ganz verschiedene Sachen." (Fr. B.5)
	Maßnahmen zur gesundheitlichen Stabilisierung	Ins Krankenhaus gehen, Tagesklinik, zum Therapeuten gehen, andere Hilfsorganisationen aufsuchen (Berliner Krisendienst, psychologischer Dienst), Kur	"...bin ich als erstes zum Berliner Krisendienst gegangen, die mir dann sagten ich soll mir nen Therapeuten suchen...." (Fr. H. 4-5)
	Aus- u. Weiterbildung	Erkundigen nach Ausbildungs-, Umschulungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten	"Dann bin ich zum Arbeitsamt gegangen und hab mich erkundigt, was da für Angebote sind, ob ich irgendwo ne Umschulung machen kann, ..." (Fr. A. 6-7)
	Situationsanalyse	momentane Situation mit allen persönlichen Grenzen und Möglichkeiten genauer betrachten	"hab ich gekuckt, was hast Du, wie kannst Du Dich verkaufen, was kannst Du noch dazu lernen" (Fr. A. 5-6)
	"Maßnahme-hopper"	Nutzung verschiedener Maßnahmen in recht kurzen Abständen	Fr. A. 6-22

Identifizierung mit Arbeit (Was bedeutet für Sie Arbeit?)

Kategorie	Beschreibung	Ankerbeispiel
Grad der Wichtigkeit	Auf Skala von 0-10	
gegen Isolation / Kontakte	Arbeit wird auch zum Aufbau sozialer Kontakte genutzt	<i>"Ist Ersatz für Freundeskreis und Familie." (Fr. H. 63-64)</i>
finanziell	Materielle Bedeutung von Entlohnung wird deutlich z.B. in Form von Extrawünschen oder allgemein finanzieller Unabhängigkeit	<i>"...dann möchte ich auch Geld für meine Arbeit bekommen..." (Hr. E. 76-77)</i>
Unabhängigkeit	Die Bedeutung der Unabhängigkeit von Ämtern wird betont bzw. der Gesellschaft nicht mehr auf der Tasche zu liegen	<i>"...man bezahlt seine Sachen selber und muss sich nicht irgendwo die Geld abholen..." (Fr. E. 55-56)</i>
selbstwertsteigernd	Bedeutung für eigenen Selbstwert wird deutlich	<i>"...aha, das hast Du geschafft, da kannst Du Dir auf die Schulter klopfen...hast Du gute Arbeit geleistet" (Fr. A. 29-30)</i>
Freude an der Arbeit	Es wird deutlich, dass Arbeit Freude bereitet, dass man Arbeit mag, bzw. dass es schön wäre, wenn einem die Arbeit Spaß machen würde.	<i>"Ich brauche die Arbeit, Abwechslung es macht auch Spaß auch wenn es nicht immer Spaß macht..." (Fr. E. 50-51)</i>
Intellektuell / Sinn	Auseinandersetzung mit neuen Arbeitsinhalten und die geistige Beschäftigung damit werden beschrieben, die Arbeit sollte sinnvoll sein	<i>"Arbeit bedeutet erstens meinen Kopf anzustrengen und dass ich immer wieder was Neues lerne..." (Fr. A. 27-28)</i> <i>"...eine Beschäftigung, die ich als sinnvoll ansehe..." (Hr. E. 73)</i>
handwerklich	praktische, bastelnde oder werkelnde Tätigkeiten werden beschrieben	<i>"...und will auch mit meinen Händen was machen, und möchte auch sehen was ich gemacht hab..." (Fr. A. 28-29)</i>
"Workaholic"	Der Zustand des Arbeitens an sich wird als erfüllend beschrieben	<i>"Ich bin ein Worker-Mensch und ich arbeite gern, eigentlich arbeite ich ständig, ich brauch das einfach..." (Hr. K. 28-29)</i>

Augrund der Bedeutung der Platzierung des jeweiligen Sinns der Arbeit zu Beginn oder am Ende der Antwort und der damit verbundenen Interpretierbarkeit der individuellen Priorität der Bedeutung von Arbeit wird der **Platz der Aufzählung** mit erhoben. Dabei wird angenommen, dass die Bedeutungen der Arbeit, die zuerst genannt wurden, für den Einzelnen besonders wichtig sind.

Optimismus bzgl. Verlauf

(Haben Sie am Anfang der Maßnahme geglaubt, dass Sie wieder Arbeit finden werden?)

Kategoriengruppe	Kategorie	Beschreibung	Ankerbeispiel
positiv	einfach positiv	Erfolgreicher Verlauf der Maßnahme wurde angenommen	"Ja." (Fr. Eb. 38) "Dachte ich eigentlich ja." (Hr. G. 17)
	Positiv mit Begründung	durch Maßnahme Freiraum, Kopf frei, Dran bleiben, auffrischen, alles dafür tun, Hilfe v. uns im Hintergrund	"Ja, also garantiert, auch wenn hier die Maßnahme soweit, aber ich hatte erstmal Freiraum, erstmal so mein Kopf frei..." (Hr. K. 36-37)
	hoffend skeptisch	Keine eindeutig positive Antwort aber verbunden mit der Hoffnung auf Erfolg	"Geglaubt nicht, ich hab's gehofft." (Fr. G. 45)
negativ	einfach negativ	Erfolgloser Verlauf der Maßnahme wurde angenommen	"...weil aufgrund der gesundheitliche Probleme und dem Alter hatte ich im Grunde keine Chance..." (Hr. E. 83-84)

Selbsteinschätzung (Was sind Sie für ein Typ Mensch? Wie selbstsicher sind Sie?)

Kategorien- gruppe	Kategorie	Beschreibung	Ankerbeispiele
im Umgang mit anderen	positive Bewertungen	Allgemein als positiv beurteilte Eigenschaften in Beziehung zu anderen Menschen werden erwähnt	verträglich, gutmütig, lieb, nett, teamfähig, freundlich, offen, aufgeschlossen, sehr umgänglich, versuche mit Leuten auszukommen, Freundschaft wichtig
Konflikt-bereitschaft	harmonie-bedürftig	Beschreibung, dass Konflikte zu oft in sich rein gefressen werden; es erfolgt keine offene Austragung oder erst deutlich zu spät wenn man "platzt"	"...also eh mir der Kragen platzt, da muss wirklich..., ich lass viel über mich ergehen, aber wenn's dann zuviel ist, dann hab ich geschluckt bis oben hin, was manchmal auch verkehrt ist, aber dann platz ich." (Fr. E.85-87)
	kritikfähig	Sowohl das Aufnehmen als auch das Abgeben von Kritik wird als gut möglich beschrieben	"...nehme Kritik an, sage auch demjenigen, was ich von ihm halte nicht von hinten herum..." (Fr. A. 69-70)

<i>insgesamt</i>	positive Eigenschaften	Anzahl aller als positiv einzuschätzenden Eigenschaften	<i>lustig, offen, loyal, fleißig, gutmütig</i>
	negative Eigenschaften	Anzahl aller als negativ einzuschätzenden Eigenschaften	<i>Hektisch, zickig</i>
<i>allgemeine Selbsteinschätzung</i>	Praktiker	Vorliebe für Tätigkeiten im Job, fehlendes Profitieren von theoretischen Seminarinhalten	<i>"...ich brauch das einfach, das basteln und das werkeln, ich kuck mir das dann einfach ab und bau das nach..." (Hr. K. 28-30)</i>
	sensibel	Wird direkt als Wort verwendet	<i>"Ein, wenn mans mir auch nicht ansieht aber ein sehr sensibler" (Fr. B. 38)</i>
<i>Selbstsicherheit</i>	positive Entwicklung	Es wird deutlich, dass sich Selbstsicherheit bereits gesteigert hat	<i>"...immer hoch und runter...mit einer leichten Tendenz nach oben durch die Arbeit." (Fr. G. 119-120)</i>
	"gut"	Insgesamt wird gutes Verhältnis zu eigenen Kompetenzen geschildert	<i>"Gut, super-gut. Ich mach mein Ding, ich bin so." (Hr. G. 72)</i>
	"eher schlecht"	Eine Tendenz zu mangelnder Selbstsicherheit wird deutlich	<i>"...ich denke ich bin nicht besonders selbstsicher, es könnte besser sein." (Fr. B. 74-75)</i>
	unterschiedlich	Es werden unterschiedliche Seiten geschildert, die keine Zuordnung zu den anderen drei Kategorien erlauben	<i>"...wenn ich weiß, dass ich was kann, dann bin ich relativ sicher aber so Sachen, wo ich weiß, dass ich das nicht kann, wenn ich's nicht kann, dann bin ich eben unsicher." (Hr. R. 61-63)</i>

Stressbewältigung (Wie gehen Sie mit Stress um?)

Kategorie	Beschreibung	Ankerbeispiel
"schlecht"	Gesamteinschätzung eines schlechten Umgangs mit Stress	<i>"Stress kann ich überhaupt nicht vertragen, Stress ist der größte Feind für mich. Stress blockiert mich total." (Fr. B.40-41)</i>
"gut"	Gesamteinschätzung eines recht guten Umgangs mit Stress	<i>"Stress mache ich mir eigentlich nicht, ich denke da gar nicht drüber nach..." (Hr. G. 54)</i>
positive Entwicklung	Selbstkritische Beschreibung des Umgangs mit Stress, aber mit Erwähnung von Besserungen im Vergleich zu früher	<i>"...ja ein bisschen hab ich's ja gelernt mit Stress umzugehen..." (Fr. E. 93)</i>
Warnsignale	Schilderung von körperlichen Empfindungen in Zusammenhang mit Stress-Situationen z.B.Schmerzempfinden	

Ersatz-befriedigungen	Schilderung von Ersatzbefriedigungen in Zusammenhang mit Stress z.B. Schokolade	"...mal handele ich mit Ersatzbefriedigung, indem ich zuviel Schokolade ess..." (Fr. H. 104)
Ablenkung	z.B. aufräumen, Therapie, Bauchtanz, Musik hören, fernsehen, spazieren gehen	"...donnerstags geh ich zum Bauchtanz..." (Fr. Eb. 63)
Entspannung	Autogenes Training, PMR	
Soziales Netz	z.B. Freunde, Partner, Eltern	
Prioritäten setzen	Aussortieren, Fehler zulassen zugunsten von Entspannung	"Und jetzt mach ich das so, dann bin ich eben 10 Minuten später, anrufen tu ich auf jeden Fall..." (Hr. K. 49-51)

Qualitätsmanagement

positive Bewertungen

(Was hat Ihnen am meisten **Kategorie** geholfen in der Maßnahme?)

Ankerbeispiel

	Praktika	"...und mir haben die Praktika sehr gut gefallen, man konnte überall reinriechen..." (Fr. B. 17)
	Arbeitsfähigkeit	"...und zu sehen, dass ich nicht umkippe, dass ich arbeiten kann." (Fr. Eb. 40)
	Gruppe	"Ich hab hier nette Freunde kennen gelernt." (Hr. K. 54)
	Mitarbeiter	"...aber ich wurde unterstützt. Von wem auch immer. Alle waren bereit einem zu helfen." (Hr. W. 45)
Seminarinhalte	Videotraining	
	Bewerbungsgespräche	
	Persönliche Unterlagen	z.B. Erstellung v. Lebenslauf, Anschreiben, Bearbeitung von Anträgen u.ä.
	EDV	
negative Bewertungen (Was hat Sie gestört / eingeschränkt in der Maßnahme?)		
	Mitarbeiter	"Ich gebe zu in der Anfangszeit habe ich Angst vor Herrn X. gehabt, das hat sich aber aufgelöst." (Fr. H. 85-86)
	Druck in Maßnahme	"Dass ich manchmal ein bisschen zu sehr unter Druck gesetzt wurde..." (Fr. E. 75)
	fehlende Unterstützung	"War keine Hilfe mehr so richtig, keine Gespräche mehr geführt..." (Hr. G. 37)

	<i>Falsche Vorstellungen</i>	<i>"Gestört hat mich wie gesagt, dass ich nen ganz anderen Eindruck hatte von hier..." (Fr. B. 21)</i>
<i>Seminarinhalte</i>	Rollenspiel	<i>"zu doof vorkommen" Diskrepanz real-spiel</i>
	Tests	<i>"Die Tests, die Tests kenne ich alle, die hab ich alle schon in der Kur gemacht..." (Hr. G. 33)</i>
	Bewerbungstraining	
	<i>andere Seminarteilnehmer</i>	<i>"...dass man manchmal von den Teilnehmern so ein bisschen genervt war..." (Fr. R. 58)</i>

Was wäre wenn...

(Angenommen, Sie hätten die Integrationsmaßnahme bei REHAaktiv nicht gemacht, wie würde dann wahrscheinlich Ihre heutige Situation aussehen?)

(Ohne Fr. E, Fr. Eb., Fr. H.)

Kategorie	Ankerbeispiel	
gleich	Keine positive oder negative Veränderung wird antizipiert	<i>"Na dann würde ich immer noch Zeitung austragen..." (Hr. R. 36)</i>
schlechter	Ohne die Maßnahme würde es dem Teilnehmer jetzt schlechter gehen	<i>"Dann würde ich wohl immer noch zu Hause sitzen..." (Hr. W. 55)</i>
anders	Keine eindeutige Verbesserung oder Verschlechterung der Lage erkennbar	<i>"...auf jeden Fall würde ich wahrscheinlich nicht in einer Arztpraxis sein, sondern irgendwo ganz anders." (Fr. R. 72-73)</i>

5.8.1.2 Sonstige, nicht direkt erfragte Kategorien**Praktika**

	Kategorie	Ankerbeispiel
<i>positive Einschätzung</i>	berufliche Orientierung	<i>"...man konnte überall reinriechen, in verschiedene Sachen..." (Fr. B. 17)</i>
	selbstwertsteigernd	
	Steigerung Arbeitsfähigkeit	<i>"Dass ich sehe, dass ich arbeiten kann (?) ohne zusammenzuklappen (?) (Fr. Eb. 32)</i>
<i>negative Einschätzung</i>	Ausnutzung	<i>"...aber die Unternehmen haben halt gedacht sie kriegen alles umsonst und das ist halt falsch, das macht keiner, die leben dann halt auf dem Mond." (Fr. A. 36-37)</i>

Gutachten (Einschränkungen und Ideenfindung)

Kategorie	Beschreibung	Ankerbeispiel
Berufsunfähigkeit	Gutachten spricht gegen Ausübung des erlernten Berufes	"... bloß meine Branche konnte ich nicht mehr eingeben, weil ich das gesundheitlich halt nicht mehr durfte." (Hr. G.5-6)
fehlende berufl. Perspektive	Ideenlosigkeit bzgl. berufl. Möglichkeiten	"...und bei mir zum Beispiel ist es ja eben so: kein Publikumsverkehr und das nicht und das nicht, bei mir ist es ja eben auch ganz ganz schwer was zu finden..." (Fr. B. 27-28)
Auftrag an uns	Erwartung, dass Reha-aktiv neue berufliche Möglichkeiten für Teilnehmer entwickelt	"Das muss jedem einzelnen einfach am Anfang nach den Tests mehr rausgekitzelt werden, welche Richtung, was macht Dir Spaß, was können wir von Dir erwarten, in welche Richtung können wir die Leute schieben." (Fr. B. 57-59)

Einstellungen

Kategoriengruppe	Kategorie	Beschreibung	Ankerbeispiel
Einstellung zur Maßnahme	"Ausprobieren"	Gemachte Angebote zunächst für sich testen, offen für neue Ideen	"Für mich stand im Vordergrund zu sehen, was könnte ich noch machen..." (Fr. R. 29)
	"Maßnahme als Chance"	Nutzung der gegebenen Möglichkeiten verbunden mit Dankbarkeit	"...aber es war eine Chance und die musste man ergreifen..." (Fr. E. 19)
	Falsche Vorstellungen	Andere (meist höhere) Erwartungen an die Maßnahme	"Gestört hat mich wie gesagt, dass ich nen ganz anderen Eindruck hatte von hier..." (Fr. B. 21)

5.8.1.3 Bewertung des Gesamtinterviews:

Kategorie	Beschreibung	Kodierregeln	Ankerbeispiel
Erzählstil: detailliert vs. kurz und bündig	Antwortet kurz und knapp vs. geht auf Kleinigkeiten ein	(3)detailliert: Gesamtinterview umfasst mehr als 110 Zeilen (2)mittel: zwischen 80 und 110 Zeilen (1)kurz und bündig: weniger als 80 Zeilen	

Erzählstil: abschweifend	Kommt von der eigentlichen Fragestellung ab und verliert sich erzählend in anderen Details	0 = kaum Abschweifungen 1 = einige Abschweifungen	
Handlungs- orientierung	<i>passiv</i> Beschreibungen, was mit einem passierte, ohne dass eigene Beteiligung deutlich wird	0 = wenig Passivität 1 = häufig Passivität erkennbar	<i>"Dann wurde ich erstmal krank geschrieben..." (Fr. E.) "Und die haben mich dann hierher geschickt." (Fr. H.) "Bin einfach überall hingegangen wo ich hingeschickt wurde." (Fr. Eb.)</i>
	<i>aktiv</i> Beschreibungen eigener Initiativen	0 = wenig Aktivität 1 = häufig Aktivität	<i>"Ich habe selber eine Anzeige aufgesetzt..." (Fr. H.)</i>
Selbstreflexion	<i>reflektiert</i> (unaufgeforderte eigene Persönlichkeitsein- schätzungen, Gründe für eigene Verhaltensweisen) vs. <i>unreflektiert</i> (Fehlen eigener Persönlichkeitsein- schätzungen)	Skala von 0 = unreflektiert bis 5 = sehr reflektiert	<i>"...nur zu Hause ist für mich nisch, da werde ich depressiv und da werd ich dann richtig mürrisch..." (Fr. E. 51-52) "Ich bin so ein Mensch, wenn ich mir was in den Kopf setze kriege ich das auch..." (Fr. A. 51-52)</i>
Krankheits- orientierung	Krankheit ist ungefragt immer wieder Thema, diesbezügliche Schwierigkeiten werden erläutert, ohne absehbare Lösungsversuche	0 = keine Krankheitsorientierung 1 = Krankheitsorientierung	<i>"...und ich hatte sehr große Probleme mit den Augen, also dass ich dann auch Kopfschmerzen bekommen habe..." (Fr. H. 45-46)</i>
Hilfesystem- Junkee	Beschreibung von der Inanspruchnahme vielfältiger medizinischer und therapeutischer Hilfsangebote	0 = kein Hilfesystem- Junkee 1 = Hilfesystem-Junkee	<i>Fr. A Zeilen 10-22 "...bin ich als erstes zum Berliner Krisendienst gegangen, die mir dann sagten ich soll mir nen Therapeuten suchen...." (Fr. H. 4-5)</i>

5.8.2 Codierung des Materials

Die Codierung erfolgte auf Grundlage des Kodierleitfadens. Dabei wurde jeder interviewten Person eine eigene Spalte zugeordnet und mit einem Kürzel dieser Person versehen. Es erfolgte eine Gruppeneinteilung in Teilnehmer, die die Maßnahme erfolgreich, d.h. mit einem Arbeitsvertrag des allgemeinen Arbeitsmarktes, abschlossen (im Anhang grün markiert) und solchen, die im Anschluss an das Integrationsseminar zunächst keinen Arbeitsvertrag vorweisen konnten (im Anhang rot markiert).

Zur Feststellung der Inter-Rater-Reliabilität wurde eine, bezüglich Qualitativer Forschung geschulte, Diplom-Psychologin gebeten, die Interviews nochmals mit Hilfe des Codierleitfadens zu kodieren. Diese Kollegin kannte die interviewten Teilnehmer nicht persönlich, so dass keine unbewussten Verfälschungen möglich waren.

5.8.2.1 Kategorien der einzelnen Fragestellungen

Die ausführliche Darstellung der Materialkodierung in Tabellenform findet sich im Anhang.

Individuelle Bewältigungsstrategien

(Nachdem Sie keine Arbeit mehr hatten, wie sind Sie vorgegangen, um wieder Arbeit zu bekommen?)

Am häufigsten wurden sowohl von erfolgreichen als auch von erfolglosen Seminarteilnehmern die klassischen Bewerbungsaktivitäten und der Gang zum Arbeitsamt beschrieben. Von vier Teilnehmern wurden Maßnahmen zur gesundheitlichen Stabilisierung (z.B. Kur, Tagesklinik etc.) erwähnt und drei Teilnehmer berichteten von Aus- bzw. Weiterbildungen, um wieder wettbewerbsfähig zu werden. Eine Unterscheidung von erfolgreichen und erfolglosen Seminarteilnehmern konnte lediglich in der Kategorie "Maßnahmehopper" gefunden werden, da nur zwei erfolglose Seminarteilnehmer im Vorfeld verschiedene Maßnahmen durchliefen, während kein erfolgreicher Seminarteilnehmer davon berichtete.

Identifizierung mit Arbeit (Was bedeutet für Sie Arbeit?)

Deutlichere Unterschiede sind bei der Frage nach der Bedeutung von Arbeit festzustellen. Die Gesamtbedeutung der Arbeit, durch den Grad der Wichtigkeit auf einer 10-stufigen Skala gemessen, übersteigt in ihrer Summe bei den erfolgreichen Seminarteilnehmern die der

Erfolglosen (46:37). Der finanzielle Aspekt der Arbeit wird von den Erfolglosen häufiger (5x) genannt als von den Erfolgreichen (2x). Die Unabhängigkeit, die eine Arbeitsstelle von staatlichen Behörden mit sich bringt, wurde ausschließlich von Erfolgreichen (5x) erwähnt. Dagegen wurde die Bedeutung der Arbeit mit dem Kopf im Sinne einer intellektuell anspruchsvollen Tätigkeit ausschließlich von drei Erfolglosen an erster Stelle erwähnt. Das Bedürfnis zu arbeiten als Grundanliegen im Sinne eines "Workaholic" schilderten ausschließlich drei Erfolgreiche Seminarteilnehmer ebenfalls an jeweils erster Stelle.

Optimismus bzgl. Verlauf

(Haben Sie am Anfang der Maßnahme geglaubt, dass Sie wieder Arbeit finden werden?)

Der nachträglich erfragte Optimismus bezüglich des erfolgreichen Maßnahmeverlaufs ergab keine wesentlichen Unterschiede zwischen erfolgreichen und erfolglosen Maßnahmeteilnehmern. Insgesamt stand die Mehrzahl der Befragten dem Maßnahmeerfolg zumindest leicht positiv gegenüber (10) während nur zwei Teilnehmer von Anfang an nicht an den Erfolg geglaubt hätten.

Qualitätsmanagement

(Was hat Ihnen am meisten geholfen in der Maßnahme? Was hat Sie gestört / eingeschränkt in der Maßnahme?)

Die als Ziel des Qualitätsmanagements gestellten Fragen erbrachten insgesamt die häufigsten positiven Bewertungen für die *Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern* (siebenmal) der REHAaktiv darr GmbH. Dabei wurden die Einzelgespräche und das subjektive Gefühl bei Problemen immer unterstützt zu werden, hervorgehoben. Die zweithäufigste Kategorie bildete die Bedeutung der *Gruppe* (5x), mit der man sich über gemeinsame Probleme austauschen konnte.

Die positive Bedeutung der *Praktika* wurde überwiegend von erfolgreichen Maßnahmeteilnehmern betont (3:1).

Die Aufarbeitung und Gestaltung der eigenen Bewerbungsunterlagen empfanden überwiegend erfolgreiche Maßnahmeteilnehmer als nutzbringend (3:1), während der EDV-Lehrgang ausschließlich von zwei erfolglosen Seminarteilnehmern als positiv erlebt wurde.

Drei Teilnehmer hatten negative Erfahrungen mit bestimmten Mitarbeiter der REHAaktiv darr GmbH gemacht. Als negativ wurden außerdem der ausgeübte Druck in der Maßnahme, fehlende Hilfe der Mitarbeiter sowie falsche Vorstellungen über die Maßnahme genannt, wobei letztere ausschließlich von zwei erfolglosen Seminarteilnehmern geschildert wurden.

Als weniger nutzbringende Seminarinhalte wurden das Rollenspiel, die psychodiagnostischen Tests und das Bewerbungstraining empfunden.

Was wäre wenn...

(Angenommen, sie hätten die Integrationsmaßnahme bei REHAaktiv nicht gemacht, wie würde dann wahrscheinlich Ihre heutige Situation aussehen?)

Keiner der Befragten schätzte seine Situation im Nachhinein besser ein, wenn er sich vorstellen sollte die Maßnahme bei REHAaktiv nicht durchlaufen zu haben. Vier Befragte schilderten eine zwar andere aber nicht unbedingt bessere Lage während fünf Teilnehmer ihre Situation ohne die Integrationsmaßnahme als ungünstiger einschätzten. Interessanterweise ließ sich hier kein deutlicher Unterschied zwischen Erfolgreichen und Erfolglosen finden.

Selbsteinschätzung

(Was sind Sie für ein Typ Mensch? / Wie selbstsicher sind Sie?)

Bei der Frage "Was sind Sie für ein Typ Mensch?" antwortete die Mehrzahl der Befragten zunächst mit positiven Eigenschaften, die größtenteils den Umgang mit anderen Menschen beschrieben. Hierbei war ein klarer Unterschied zwischen erfolgreichen und erfolglosen Seminarteilnehmern feststellbar in dem Sinne, dass alle Erfolgreichen sich mit positiven Eigenschaften "schmückten" während dies nur drei Erfolglose taten. Noch deutlicher wird dieser Unterschied, wenn man die Anzahl der positiven Eigenschaften zusammenzählt. Während bei den Erfolgreichen insgesamt nur acht Nennungen positiver Eigenschaften gezählt wurden, waren dies bei den Erfolglosen 21. Dagegen hielt sich die weniger häufige Nennung negativer Eigenschaften bei Integrierten und Nichtintegrierten die Waage.

Ein erwarteter Unterschied bezüglich der Selbstsicherheit insbesondere bei Betrachtung der Entwicklung während der Maßnahme konnte nicht klar festgestellt werden.

Stressbewältigung

(Wie gehen Sie mit Stress um?)

Bezüglich der individuellen Stressbewältigungsmöglichkeiten zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen Integrierten und Nichtintegrierten im Entwicklungsverlauf. Während hierbei vier integrierte Teilnehmer von einer positiven Entwicklung sprachen, obwohl hier und da noch Schwierigkeiten vorhanden wären, taten dies nur zwei Nichtintegrierte.

Warnsignale im Sinne von zumeist körperlichen Merkmalen, die auf eine Überlastung aufgrund von zu starker Stresseinwirkung hinweisen, schilderten ausschließlich drei Integrierte. Als Bewältigungstechniken wurden Ersatzbefriedigungen, Ablenkung, Entspannung, die Unterstützung durch ein soziales Netz sowie das Setzen von Prioritäten genannt.

5.8.2.2 Sonstige, nicht direkt erfragte Kategorien

Praktika

Sieben der befragten zwölf Rehabilitanden erwähnten an unterschiedlichen Stellen des Interviews die positive Wirkung der verschiedenen Praktika. Dabei wurde am häufigsten der selbstwertsteigernde Charakter benannt gefolgt von der Hilfe bei der beruflichen Orientierung sowie der Steigerung der allgemeinen Arbeitsfähigkeit. Lediglich eine Teilnehmerin schilderte eine negative Wirkung in Form von Ausnutzung der Praktikanten als "billige Arbeitskräfte".

Beispiele: „...mir haben die Praktika sehr gut gefallen, man konnte überall reinriechen in verschiedene Sachen und man hat das Gefühl gehabt, dass man doch noch was kann...“

(Was hat Ihnen geholfen in der Maßnahme?): „Na die Praktika, und zu sehen, dass ich nicht umkippe, dass ich arbeiten kann.“

„man war neugierig, weil über Praktika, wie funktioniert das, das stand eigentlich erst im Vordergrund, weil ich ja damals gar nicht wusste, oh Gott, was kannst Du jetzt machen?“

„Am meisten haben mir geholfen die Praktika...Diese Möglichkeit (arbeiten zu gehen) zu haben und das war eben mit dem Praktikum gegeben und dadurch, dass das mehrere Praktika waren, deswegen habe ich mir auch hier die Reha-Maßnahme ausgesucht, weil es gab auch andere, da war nur ein Praktikum, das hätte mich aber nicht soviel weiter gebracht.“

Gutachten (positives / negatives Leistungsbild)

Zehn der Befragten schilderten ihre Schwierigkeiten mit vorhandenen Gutachten von Kostenträgern, wobei acht Befragte ihre Unfähigkeit, im alten Beruf zu arbeiten, erwähnten, während sieben Rehabilitanden über ihre Ratlosigkeit bezüglich einer zukünftigen beruflichen Tätigkeit klagten. Zwei ausschließlich Nichtintegrierte verbanden diese Klage mit der Forderung nach individuellen beruflichen Ideen durch die REHAaktiv darr GmbH.

Beispiele: „...bloß meine Branche konnte ich nicht mehr eingeben, weil ich das gesundheitlich halt nicht mehr durfte. Deshalb musste ich mir was anderes einfallen lassen, aber da war nichts.“

„...ich hab ja selber dann irgendwann keine Ideen mehr gehabt, für welche Branche, ich hatte nun ja alles durch.“

„...bei mir zum Beispiel ist es ja eben so: kein Publikumsverkehr und das nicht und das nicht, bei mir ist es ja eben auch ganz ganz schwer was zu finden....dass ich mich denn doch mal nicht ganz so anstrengen muss.“

„Verkäuferin hatte ich gelernt, darf ich nicht mehr machen, was nun? Das muss jedem einzelnen einfach am Anfang nach den Tests mehr rausgekitzelt werden, welche Richtung, was macht Dir Spaß, was können wir von Dir erwarten, in welche Richtung können wir die Leute schieben.“

Einstellung zur Maßnahme

An unterschiedlichen Stellen des Interviews machten acht Befragte recht unterschiedliche Anmerkungen über ihre persönliche Einstellung zur Integrationsmaßnahme. Fünf Rehabilitanden erklärten innerhalb der Maßnahme verschiedene Tätigkeitsfelder zumindest mal ausprobiert zu haben. Vier Integrierte erklärten, die Maßnahme als Chance betrachtet zu haben, während dies nur zwei Nichtintegrierte erwähnten.

Beispiele: „...aber es war eine Chance und die musste man ergreifen...Bin auch sehr dankbar, dass ich das hier machen konnte, wohl dem der das hier in Anspruch nehmen kann.“

„...dass manche das gar nicht so zu schätzen wussten, ich hab das als Chance gesehen...“

Ausschließlich zwei Nichtintegrierte schilderten von Ablauf und Konzept im Vorfeld andere Vorstellungen vom Integrationsseminar gehabt zu haben, die in erster Linie aufgrund vorheriger Gespräche mit Rehabilitationsberatern entstanden seien.

Beispiele „Gestört hat mich wie gesagt, dass ich nen ganz anderen Eindruck hatte von hier (der Maßnahme)...“

„...ich hab mir das auch ein bisschen anders vorgestellt hier,, dass mehr auf das Arbeitsmäßige eingegangen wird, ...“

5.8.2.3 Bewertung des Gesamtinterviews:

Innerhalb des *Erzählstils* konnten keine deutlichen Unterschiede zwischen Integrierten und Nichtintegrierten gefunden werden. Die *Handlungsorientierung* erschien bei den integrierten Teilnehmern im Schnitt etwas weniger passiv als bei den nicht integrierten Rehabilitanden, allerdings ist dieser Unterschied nur gering. Dagegen wurde die *Fähigkeit zur Selbstreflexion* bei den integrierten Teilnehmern als höher eingeschätzt als bei den Nichtintegrierten.

Zwei ausschließlich nicht integrierte Befragte wurden in die Gruppe der "*Hilfesystem-Junkies*" einsortiert und zeichneten sich durch die Teilnahme an verschiedensten beruflichen und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus.

Verbesserungsvorschläge

(Was sollte Ihrer Meinung nach noch in die Maßnahme aufgenommen werden?)

Tabelle 63: Verbesserungsvorschläge

Betreuungs-Intensität	Betreuungsinhalte	Ausstattung	Betriebsausflüge	Sonstiges
mehr Praktikumsbesuche	Individueller	Neue Open-Office-Version	Ausflüge Betriebe	Zeit für Ämtergänge
mehr Gespräche	mehr aufs Arbeitsleben eingehen	Stühle	Tageshospitation in Betrieben	WIPA nach Fähigkeiten einteilen
mehr Unterstützung	Entspannungsübungen	Schlüssel für Eingangs-Tür		
mehr Firmenakquisiteure	Motivationstrainer			
Maßnahme verlängern	Sport Übungen für PC-Sitzer Gruppenarbeit draußen			

Die genannten Verbesserungsvorschläge wurden in Tabelle 63 dargestellt. Es wurden die Rubriken *Betreuungsintensität*, *Betreuungsinhalte*, *Ausstattung*, *Betriebsausflüge* und *Sonstiges* für eine bessere Übersichtlichkeit gewählt. Die meisten Vorschläge beinhalteten die *Betreuungsintensität* und die *Betreuungsinhalte*.

5.8.3 Inter-Rater-Reliabilität

Zur Berechnung der Interater-Reliabilität wurde das Übereinstimmungsmaß Cohens Kappa verwendet, da es sich um zwei unterschiedliche Beobachter handelt, die gleichzeitig mehrere

Beobachtungsobjekte (=Fälle, Probanden) kategorial einschätzen (Wirtz & Caspar 2002). Die Kappa-Statistiken prüfen das Ausmaß an Konkordanz durch Einbezug und Vergleich zu dem durch "zufälliges Einschätzen" typischerweise erreichbarem Ausmaß an Übereinstimmung. Dabei wird davon ausgegangen, dass die einzelnen Einschätzungen eines Raters vollkommen unabhängig voneinander getroffen werden. Hierfür wurden alle nominalen vorgenommenen Codierungen der zwei Rater in einer Tabelle zusammengefasst.

Die Reihenfolge der Nennungen bei der Frage „Was bedeutet für Sie Arbeit?“ wurde in ein dichotomes Datenniveau umgewandelt.

Die ordinalen Skalierungen der Fragen nach:

- Anzahl positiver und negativer Eigenschaften
- Grad der Wichtigkeit der Arbeit (0-10)
- Erzählstil (1-3)
- Selbstreflexion (0-5)

wurden bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

Tabelle 64: Inter-Rater-Reliabilität

N=73	Fr.	Fr.	Fr.	Hr.	Hr.	Hr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Hr.	Hr.
Kategorien	B.	H.	A.	G.	R.	E.	E.	R.	Eb	G.	K.	W.
Kappa	.800	.694	.721	.590	.675	.662	.589	.718	.815	.684	.778	.796
Kappa	.69 (nicht integriert)						.73 (integriert)					
Kappa gesamt	.71											

Die Übereinstimmungen variieren über die zwölf Interviews zwischen 0.589 und 0.815. Ein Unterschied der Übereinstimmungen zwischen integrierten und nicht integrierten Teilnehmer-Interviews konnte nicht gefunden werden. Als Faustregel schreiben Wirtz und Caspar, dass Werte über 0.75 als sehr gute Übereinstimmung und Werte zwischen 0.6 und 0.75 als gute Übereinstimmung bewertet werden können (Wirtz & Caspar 2002 S. 59). Die Gesamt-Übereinstimmung liegt mit 0.71 also im guten Bereich. Für eine detaillierte Übersicht der Kennwerte sei auf den Anhang verwiesen.

5.8.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der Qualitativen Interviews

Zusammenfassend lassen sich zwei Ergebnisbereiche der Auswertung der Qualitativen Interviews unterscheiden. Der erste umfasst generelle Schwerpunkte bezüglich bedeutsamer oder kritischer Themen. Der zweite Bereich beinhaltet Unterschiede zwischen integrierten und nicht integrierten Maßnahmeteilnehmern.

Generelle Schwerpunkte sind:

- die Bedeutung der **Empfundenen Unterstützung** bezüglich der Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern verbunden mit dem Wunsch nach *Einzelgesprächen* sowie einem teils empfundenen Druck in der Maßnahme und damit verbundenen Schwierigkeiten mit einzelnen Mitarbeitern,
- die **fehlende berufliche Orientierung**, die häufig verbunden ist mit dem erstellten positiven / negativen Leistungsbild,
- die Bedeutung der **Praktika** als selbstwertsteigernde Erfahrung und als Hilfe zur beruflichen Orientierung sowie
- die Bedeutung der **Gruppe** als Möglichkeit des sozialen Austauschs ähnlich Betroffener teilweise mit Selbsthilfe-Charakter.

Außerdem kann festgehalten werden, dass kein Befragter im Nachhinein seine persönliche und berufliche Situation ohne die Integrationsmaßnahme besser eingeschätzt hat.

Tendenzielle Unterschiede zwischen integrierten und nicht integrierten Seminarteilnehmern konnten festgestellt werden bezüglich:

- der **Bedeutung der Arbeit**, wobei die nicht Integrierten häufiger den *finanziellen Aspekt* der Arbeit erwähnten, während die Integrierten die *Unabhängigkeit* beispielsweise von Ämtern nannten und einen engen Bezug zur Arbeit schilderten,
- der **Stressbewältigung**, wobei Integrierte eine generelle *positive Entwicklung* beschrieben sowie die Wahrnehmung von *Warnsignalen*,
- der Nennung **positiver Persönlichkeits-Eigenschaften** bei den Integrierten, die zumeist den Umgang mit anderen Menschen beschrieben (freundlich, höflich, nett, umgänglich),
- der **Fähigkeit zur Selbstreflexion** sowie
- der **Einstellung zur Maßnahme** wobei die Integrierten die Maßnahme häufiger als Chance wahrnahmen, um sich auszuprobieren, während die nicht Integrierten öfter falsche Vorstellungen von der Maßnahme hatten.

5.8.5 Vertiefende Fallschilderung Herr W.

„Ich kann meine Interessen vertreten, und obwohl es nicht immer nach denen geht, was auch normal ist, vertreten kann ich sie schon.“

Im Folgenden werden die Komponenten der **Selbstregulation**: *Selbstbeobachtung*, *Selbstbewertung* (persönliches Anspruchsniveau) sowie *Selbstreaktion* (Zufriedenheit, Selbstwirksamkeitserwartung) nach der Theorie der Selbstregulation von Bandura (1997) im durchgeführten Interview mit Herrn W. identifiziert und mit dem individuellen Umgang Herrn W's mit seinen Einschränkungen in Zusammenhang gebracht.

Im Jahre 1993 war Herr W. als damals 18-jähriger in einen Unfall verwickelt in dessen Folge er ein Schädelhirntraum dritten Grades erlitt. Er lag für mehrere Wochen im Koma und erlitt sowohl anterograde als auch retrograde Amnesien. Unter anderem waren deutlichen Sprachschwierigkeiten, Konzentrations- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprobleme langfristige Folgen dieses Unfalls. Herr W. beendete trotzdem seine Ausbildung als Koch, fand in diesem Beruf im Anschluss jedoch keine Arbeit. Ein späterer Aufenthalt in einem Berufsförderungswerk brachte ebenfalls nicht den gewünschten Erfolg, so dass Herr W. im Jahre 2006 / 2007 an unserem Integrationsseminar für psychisch beeinträchtigte Menschen teilnahm.

Trotzdem der Unfall zu diesem Zeitpunkt bereits 13 Jahre zurück lag, waren die sprachlichen und andere kognitive Einschränkungen immer noch vorhanden.

Die Komponente der **Selbstbeobachtung** in Form von selbstreflektierenden Äußerungen findet sich beispielhaft in der Aussage bezüglich seiner beruflichen Möglichkeiten nach dem Unfall:

„Und wenn es Möglichkeiten gab, dann lag es in einem Arbeitsfeld, was meine gesundheitlichen Voraussetzungen nicht entsprachen.“

Herr W. stellt selbstbeobachtend außerdem fest:

„Weil während der Zeit, wo ich gar nichts getan habe, habe ich mich sehr zurückgezogen.“

Gleichzeitig beschreibt Herr W. sein Streben nach Selbstmotivation:

„ah...wichtig ist es für mich, oder auch sonst, mich immer mehr selbst zu motivieren.“

Auf die Frage „Was sind Sie für ein Typ Mensch?“ antwortete Herr W.:

„Also...bisher war ich ein Mensch, der den Blick nach vorne richtet, positiv gestimmt, vorurteilslos und eigentlich auch engagiert. Das ist es so grob umrissen.“ Und auf die Frage „Wie gehen Sie mit Stress um?“ antwortete Herr W:

„Es hat sich in den Jahren bei mir so entwickelt, dass ich mir doch irgendwo selbst den Zeitdruck mache. Voreilig etwas zu tun, nur um die Sache abzuholen...“

All diese Aussagen zeugen von einer guten Fähigkeit zur Selbstreflexion. Herr W. konnte entsprechend der Theorie der Selbstregulation eine (Kurz)„Diagnose“ der eigenen Persönlichkeit abgeben, war sich seiner Grenzen bewusst, strebte jedoch gleichzeitig nach neuen Herausforderungen.

Die entsprechenden Schlussfolgerungen, die innerhalb der Komponente der **Selbstbewertung** und des Bildens eines entsprechenden **Anspruchsniveaus** deutlich werden, folgen bezogen auf den Umgang mit Stress sofort im Anschluss:

„Ich arbeite lieber länger ein Moment und mache die Arbeit richtig, als, wie soll ich sagen, mir ist Ordnung und Genauigkeit wichtiger als Tempo. Wegen der Einschränkung, die ich nach diesem Unfall bekommen habe, wegen Herzstillstand und so...“

Die konkrete Einschränkung der Verlangsamung, die Herr W. im Anschluss auch noch benennen wird, akzeptiert Herr W. und passt sein eigenes Anspruchsniveau entsprechend an, indem er mehr Wert auf Genauigkeit als auf das Tempo legt. Hierbei handelt es sich um einen Prozess der Krankheitsverarbeitung, der über mehrere Jahre andauerte und einer der wichtigsten Voraussetzungen für die zukünftige Lebenszufriedenheit ist.

Herr W. ist bezüglich der Akzeptanz der eigenen Einschränkungen bereits soweit fortgeschritten, dass seine anschließende Selbstreaktion in Form der folgenden Selbstwirksamkeitserwartung deutlich wird:

„Ich habe die Möglichkeit genau so die Arbeiten zu erledigen, wie alle andere auch, aber die Umsetzung dessen bedarf eigentlich länger. Aufnahmebearbeitung und –verarbeitung dauern länger. Das ist das, was meine Einschränkung ausmacht, eine gewisse Verlangsamung. Es gibt auch entsprechendes Training, und es wird immer besser und immer schneller. An sich habe ich gelernt, mich damit zu arrangieren.“

Zusätzlich führte Herr W. eine konkrete, präventive Strategie an, die ihm das Arbeiten im Praktikum erleichterte:

„Als Beispiel habe ich alle Kollegen von meinem Praktikum, alle informiert, natürlich in gewissem Maße, was auf sie alles zukommt: was sind die Einschränkungen im Groben, nicht im Einzelnen. Dann ging es, man hat mich nicht überfordert, Schritt für Schritt die Arbeiten mehr und mehr an mich rangetragen...“

Die affektiven Reaktionen in Form von Stolz und Zufriedenheit als Belohnung für die eingesetzte Strategie folgen direkt im Anschluss:

„...und jetzt habe ich sogar meine eigenen Kompetenzbereiche dort. Und zwar so, dass ich zum Teil selber Praktikanten bekomme, die mir helfen, je nachdem wie es Ihnen möglich ist. Es ist schön.“

Die Antwort auf die Frage „Was bedeutet Ihnen Arbeit?“ macht deutlich, dass Herr W. bezüglich seiner individuellen Zielplanung einen Schwierigkeitsgrad wählt, der eine Herausforderung darstellt:

„Damit (Arbeit) fördere ich mich selber, indem ich mich sowohl individuell, als auch vom körperlichen her, unter einen gewissen Druck setze, unter einen gesunden Druck setze.“
„... und wie wir wissen, der Mensch muss sich immer an seine Aufgaben stellen.“

Auf die Frage „Was sind Sie für ein Typ Mensch?“ antwortet Herr W:

„Ich bin eigentlich ein selbstsicherer, ja! Ich kann für meine Belange, für meine Vorhaben eintreten und habe auch durch zahlreiche logopädische Sitzungen und ähnliche gelernt, mich ausdrücken zu können. Ich kann meine Interessen vertreten, und obwohl es nicht immer nach denen geht, was auch normal ist, vertreten kann ich sie schon.“

Hier schließt sich der Kreislauf der Theorie der Selbstregulation und gipfelt in einem gesunden Selbstbewusstsein, das trotzdem die Sicht für die Realitäten offen lässt.

Zum Zeitpunkt dieses Interviews gab es bereits Gespräche bezüglich einer beruflichen Perspektive, die jedoch erst später konkret wurden. Herr W. wurde aufgrund der positiven Erfahrungen während des letzten Praktikums in einem Cafe mit eingeschränktem Essensangebot zunächst auf Teilzeitbasis eingestellt. Inzwischen wurde eine Erhöhung des Stundensatzes vorgenommen.

Ein angemessener Umgang mit den eigenen Einschränkungen sowohl im psychischen als auch im körperlichen Bereich ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation. Während der Integrationsmaßnahme stellt sich dieser Umgang häufig als Prozess dar in Abhängigkeit von den Erfahrungen der unterschiedlichen Praktika. Bezogen auf die Theorie der Selbstregulation hat der Umgang mit den eigenen Einschränkungen entscheidenden Einfluss auf alle drei Komponenten (Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstreaktion). Insbesondere die Anpassung des Anspruchsniveaus auf

die gegenwärtigen Voraussetzungen und die daraus folgenden Strategien zur Umsetzung der gesetzten Ziele konnten im beschriebenen Beispiel Herrn W's in fast idealisierter Form dargestellt werden. Hierbei geht es nicht nur darum einzusehen, was nicht mehr möglich ist, sondern seine innere Einstellung entsprechend anzupassen. Herr W. weiß nicht nur, dass er langsamer ist, ihm ist inzwischen auch Genauigkeit wichtiger. Er besinnt sich auf die erhaltene Fähigkeit, gibt dieser Priorität und baut sie aus. Auf diese Weise hält er sich generell für ebenso leistungsfähig wie „*alle anderen auch*“.

Bei diesen geradezu optimalen Voraussetzungen verwundert es ein wenig, dass es erst über 10 Jahre nach dem Unfall zu einer erfolgreichen beruflichen Integration kommen konnte. Die Gründe hierfür liegen sowohl im langwierigen Genesungsprozess als auch in Umweltgegebenheiten insbesondere der Arbeitsmarktsituation. Der Prozess der Akzeptanz der eigenen Einschränkungen benötigt viel Zeit und Geduld, weshalb der richtige Zeitpunkt der beruflichen Rehabilitation abgepasst werden muss.

Ein weiterer entscheidender Punkt besteht (insbesondere im Falle Herrn Ws) darin, als Persönlichkeit gesehen und akzeptiert zu werden und ein tragfähiges Vertrauensverhältnis zu den Mitarbeitern aufzubauen. Aufgrund der übersichtlichen Teilnehmer- und Mitarbeiterstruktur innerhalb der Maßnahme und des individuellen Ansatzes konnte diesen Bedürfnissen gut entsprochen werden. Herr W. brachte den Vergleich mit dem Berufsförderungswerk an, wo er lediglich „*eine Nummer*“ gewesen sei.

5.8.6 Diskussion und Schlussfolgerungen der Ergebnisse der Qualitativen Interviews

Einschränkend muss erwähnt werden, dass die Unterschiede zwischen integrierten und nicht integrierten Seminarteilnehmern auf sehr geringen Fallzahlen beruhen und lediglich als Tendenzen betrachtet werden können. Sie können als Hypothesen für zukünftige Beobachtungen verwendet werden, vorschnelle Schlussfolgerungen für die Seminararbeit sollten jedoch auf dieser Grundlage nicht getroffen werden.

Im Folgenden werden daher die gefundenen Themenschwerpunkte diskutiert, während die Unterschiede weitgehend unberührt bleiben.

Eine herausragende Rolle wird der *empfundenen Unterstützung* durch die Mitarbeiter der Maßnahme von den Befragten zugesprochen und dies sowohl im positiven als auch im negativen Sinne. Wenn die Zusammenarbeit als gelungen empfunden wurde, war damit oft

auch ein günstigeres Maßnahme-Ergebnis im Sinne einer beruflichen Integration verbunden. Welche Faktoren tragen nun dazu bei, dass die Teilnehmer sich unterstützt fühlen?

Als Grundvoraussetzung sieht die Autorin ein tragfähiges Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeiter und Teilnehmer an. Solch ein Vertrauensverhältnis kann sowohl aufgrund fehlender Ressourcen als auch aufgrund sehr unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen nicht in jedem Fall zu jedem einzelnen Mitarbeiter aufgebaut werden. Eine feste Ansprechperson über den Zeitraum der gesamten Maßnahmedauer wäre daher wünschenswert.

Zuträglich für eine hohe empfundene Unterstützung sind natürlich Hilfestellungen beim Umgang mit Behörden insbesondere, wenn es um finanzielle Aspekte während der Integrationsmaßnahme geht, beispielsweise lange Wartezeiten für die Berechnung von Übergangsgeldern und sich daraus ergebende, teilweise existentielle Probleme. In solchen Fällen wurden die Teilnehmer weitestgehend unterstützt, es konnte jedoch nicht in jedem Fall eine alles umfassende Beratung gewährleistet werden, da es an Ressourcen und dem notwendigen juristischen Hintergrundwissen fehlte.

Als Alternative könnte sich eine Zusammenarbeit mit gemeinnützigen Vereinen anbieten, die unsere Teilnehmer bezüglich sozialer und juristischer Fragen unterstützen könnten. Es sollte darüber nachgedacht werden, eine Datenbank zu errichten in denen je nach häufig gestellten Fragenkomplexen entsprechende Ansprechpartner aufgelistet wären.

Das Hauptproblem der **fehlenden beruflichen Orientierung** unserer Seminarteilnehmer und die damit verbundene Frustration in Anbetracht des einschränkenden *positiven / negativen Leistungsbildes* liegt in der Natur der Sache: Wie unter 6.1 beschrieben sind 44 % der Teilnehmer berufsunfähig während 21% keine Berufsausbildung vorweisen können. So werden den Betroffenen zunächst alle Einschränkungen vor Augen geführt, die in Anbetracht der aktuellen wirtschaftlichen Lage erdrückend wirken.

Als erste Reaktion auf dieses Dilemma, das durch die vorliegende Untersuchung nochmals verdeutlicht wurde, wurde innerhalb der REHAaktiv darr GmbH die Verwendung eines so genannten „Kompetenzpasses“ eingeführt, der jedem Maßnahmeteilnehmer ausgehändigt wird. Hier werden schriftlich und transparent in Zusammenarbeit mit dem Seminarteilnehmer individuellen Stärken und Schwächen schrittweise herauskristallisiert, zunächst auf der Grundlage der psychodiagnostischen Testung und im weiteren Verlauf mit Hilfe der Rückmeldungen der Praktikumsanleiter, Gruppenmitglieder und Mitarbeiter. Erste berufliche Ideen, die im Zuge des „Beruflichen Querdenkens“ in der Gruppe zusammengetragen wurden, können im Laufe der Zeit konkretisiert und verifiziert werden. Die regelmäßige Wiedervorlage des „Kompetenzpasses“ nach jeder Praktikumsphase soll eine Entwicklung

bezüglich der realistischen Selbstwahrnehmung und der Auslotung beruflicher Möglichkeiten fördern.

Wie bereits beschrieben, spielen die **Praktika** innerhalb der beruflichen Orientierung eine entscheidende Rolle. Umso bedeutender ist die Suche nach geeigneten Praktikumsplätzen. Wie unter 6.8.2.3 aufgeführt, wünschten sich einige befragte Seminarteilnehmer gerade in diesem Bereich mehr Unterstützung in Form von häufigeren Praktikumsbesuchen und mehr Unterstützung bei der Praktikumsuche beispielsweise durch einen zusätzlichen Firmenakquisiteur.

Zu bedenken ist aber auch die Notwendigkeit der Eigeninitiative der Seminarteilnehmer und die damit verbundene mögliche Selbstwertsteigerung durch eine erfolgreiche Praktikumsplatzsuche.

Die sehr unterschiedlichen Voraussetzungen der Maßnahmeteilnehmer bezüglich spezifischer Ängste, Selbstbewusstsein und sprachlicher Fähigkeiten, erfordern eine differenzierte Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Praktikumsplätzen.

Zur Optimierung der Passung zwischen Praktikanten und Praktikumsplätzen bietet es sich an, die vorhandene Arbeitgeberdatenbank mit spezifischen Schlüsselwörtern auszustatten, die als Suchbegriffe verwendet werden können. Neben groben Kategorien der Berufsbereiche könnten hierbei auch spezifische Fähigkeiten verwendet werden wie beispielsweise die Fähigkeit zu telefonieren, besondere soziale Kompetenzen, Umgang mit Zahlen oder ähnliches.

Bei der Suche nach Praktikumsstellen hat wiederum die **Einstellung zur Maßnahme** eine besondere Bedeutung, wobei diejenigen Maßnahmeteilnehmer eher profitieren, die verschiedene Dinge ausprobieren möchten und entsprechende Motivation im Praktikum an den Tag legen. Das Anzweifeln von Berufsbereichen und konkreten Praktikumsplätzen führt häufig zu einer Hemmung der Handlungsfähigkeit und weiterer Frustration.

Um die Einstellung zur Maßnahme und zu den entsprechenden Praktika positiv zu beeinflussen, bietet sich das Anbringen positiver Verläufe ehemaliger Seminarteilnehmer an. Empfehlenswert ist außerdem das Öffentlich-Machen aktueller positiver Verläufe. Zu oft verlieren sich die Maßnahmeteilnehmer während der Praktikumsphasen aus den Augen, denn gerade die erfolgreichen Maßnahmeteilnehmer verbringen zunehmend viel Zeit vor Ort beim Arbeitgeber. Es sollte erwägt werden, ehemals erfolgreiche Teilnehmer einzuladen, die dann über ihre Erfahrungen beim neuen Arbeitgeber sprechen. Leider erschweren die Seminarzeiten dieses Unterfangen, da die erfolgreich Integrierten häufig während der Arbeitszeit „unabkömmlich“ sind. Nachgedacht werden könnte auch über eine

Videoaufzeichnung eines Interviews, in dem ehemalige Teilnehmer ihren Weg durch die Maßnahme beschreiben und ihre Ängste sowie ihren persönlichen Umgang mit selbigen schildern.

Eine weitere häufig praktizierte Möglichkeit zur positiven Beeinflussung der Einstellung zur Maßnahme besteht in der Erläuterung der Einzigartigkeit der gegebenen Rahmenbedingungen, in denen sich jeder Teilnehmer, finanziell abgesichert, beruflich orientieren kann, gleichzeitig den Schutz der Maßnahme genießt und bei Konflikt- und Überforderungssituationen die Mitarbeiter einbeziehen kann, die vermittelnd tätig werden können.

Die Bedeutung der **Gruppe** wurde nach der Bedeutung der Praktika auf die Frage was den Teilnehmern am meisten geholfen hätte, am zweithäufigsten erwähnt. Regelmäßige interpersonelle Kontakte wurden bereits im Vitamin-Modell von Warr (1987) als ein Umgebungsfaktor beschrieben, der in seiner Ausprägung analog zu biologischen Vitaminen bei zu starker Ausprägung allerdings auch schädlich sein kann. Es ergibt sich die Fragestellung, welche Maßnahmeteilnehmer unter welchen Voraussetzungen von einer Gruppe besonders gut profitieren. Gruppendynamische Prozesse können bekanntlich neben den positiven Wirkungen des sozialen Austauschs und der gegenseitigen Bekräftigung und Stärkung auch negative Konsequenzen auf den einzelnen Seminarteilnehmer haben. Hierzu zählt eine gedrückte, frustrierte Gruppenstimmung und damit verbundene Passivität anstelle von Eigeninitiative. Grundsätzlich Erfolg versprechende Seminarinhalte und Übungen wie beispielsweise das Rollenspiel werden abgelehnt. Der Einzelne fügt sich dieser ablehnenden Haltung und verpasst somit mögliche wichtige Erkenntnisse und Einsichten.

Über gruppendynamische Prozesse und die Einflussmöglichkeiten auf selbige wurde in Zusammenhang mit Seminararbeit viel publiziert (eine Übersicht findet sich beispielsweise bei Richtien 2007). Ob sich aber im Vorherein klären lässt, welcher Seminarteilnehmer von einer Gruppe besser profitiert als ein anderer, bleibt unklar. Dazu kommen teilweise drastische Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen und die damit verbundene unterschiedliche Wirkung auf die einzelnen Gruppenmitglieder. Nicht selten genügt die Anwesenheit eines speziellen Gruppenmitglieds, um die gesamte Gruppendynamik positiv oder negativ zu beeinflussen.

Ebenso bleibt fraglich, ob es Sinn macht einzelnen potenziellen Teilnehmern die Gruppe vorzuenthalten und durch selbständigere Arbeitsvorgänge zu ersetzen.

Interessant könnte dagegen der Gedanke sein, ein individuell unterschiedliches Intensitätsmaß der Gruppenarbeit zu bestimmen. Hierbei sollte jedoch nicht ausschließlich den

Wünschen des Teilnehmers entsprochen werden (gerade bei sozialen Phobien empfiehlt sich ein Training in der Gruppe trotz Abneigung der Betroffenen), sondern zusätzliche Erwägungen bezüglich Symptomatik und individueller Zielplanung einbezogen werden.

Die **Bedeutung der Arbeit** als sinnstiftendes Element wurde im Kapitel 2.1.2 bereits ausführlich beschrieben. Die quantitativen und qualitativen Unterschiede zwischen integrierten und nichtintegrierten Teilnehmern sind aufgrund der geringen Anzahl Befragter allerdings nur unter Vorbehalt zu betrachten. Generell ist eine Tendenz der größeren Bedeutung von Arbeit und der ideelleren Motive bei den integrierten Seminarteilnehmern zu vermuten. Die Motivation arbeiten zu wollen, hängt jedoch häufig nicht vom bloßen Willen ab. Oft sind depressive Verstimmungen, Ängste und frustrierende Erfahrungen zumindest teilweise für eine geringere Bedeutung der Arbeit mit verantwortlich.

Als Prädiktor für eine erfolgreiche berufliche Integration konnte ein mittleres bis hohes Engagement identifiziert werden. Wie die Ergebnisse der Prä-Post-Testanalyse in Kapitel 5.7 zeigen, sinkt das Engagement für beruflich integrierte Teilnehmer während es sich für Nicht-Integrierte unverändert auf einem niedrigeren Niveau befindet. Es ist davon auszugehen, dass eine anhaltende überdurchschnittlich hohe Bedeutung der Arbeit den individuellen Energiehaushalt langfristig überlasten kann. Daher erscheint gerade eine gesunde Ausprägung der Bedeutung der Arbeit auf einem guten mittleren Niveau erstrebenswert. Dies beinhaltet einerseits eine Relativierung bei besonders stark ausgeprägter Bedeutung der Arbeit und andererseits die Stärkung von Eigenverantwortung und Handlungsaktivität bei eher gering ausgeprägter Arbeitsmotivation.

Innerhalb des Fragenkomplexes zur **Stressbewältigung** erschien die selbst eingeschätzte bisherige positive Entwicklung der erfolgreichen Seminarteilnehmer trotz noch vorhandener andauernder Schwierigkeiten interessant. Gemeinsam hiermit betrachtet werden kann die etwas erhöhte **Selbstreflexionsfähigkeit** erfolgreicher Seminarteilnehmer.

Ein Rückschluss könnte sein, dass erfolgreiche Teilnehmern sich

- ihrer Probleme bewusst sind
- aktiv etwas dagegen tun
- Entwicklungen erkennen und würdigen
- trotzdem weiteren Handlungsbedarf sehen und „dranbleiben“.

Passend hierzu steht die beschriebene **Einstellung zur Maßnahme** entweder als Chance oder aber als falsche Vorstellungen.

Allem zugrunde liegt das Wahrnehmen eigener Bedürfnisse aus denen Zielstellungen entwickelt werden, die mit entsprechender Handlungsaktivität angegangen werden.

Funktioniert dieser Kreislauf, sind die Wahrscheinlichkeiten einer positiven Veränderung günstig.

Die Aufgabe des Seminars könnte darin bestehen bei der Bedürfnisäußerung behilflich zu sein, gemeinsame Zielstellungen zu entwickeln und für mögliche weiterführende therapeutische Interventionen bei Bedarf Ansprechpartner zu finden. Dies erfordert allerdings einen ganzheitlichen Ansatz, der über die Klärung einer beruflichen Perspektive hinaus geht, gleichzeitig diese aber indirekt unterstützt.

An dieser Stelle wird nochmals auf das Interaktionsmodell aus dem Kapitel 2.7.3 verwiesen. Die eben beschriebenen Schwerpunkt-Themen Berufsunfähigkeit / Gutachten“, „Bedeutung der Arbeit“, „Praktikumserfahrungen“ und „empfundene Unterstützung durch die Mitarbeiter“ als Ergebnisse der Qualitativen Interviews sind im Interaktionsmodell größtenteils wieder zu finden. Der Bereich „Berufliche Ziele“ ist gleich zu setzen mit der „beruflichen Orientierung“, die ein Schwerpunkt-Ergebnis der Interviews war. Zusätzlich wurde die „Bedeutung der Gruppe“ bei den Befragten deutlich. Insgesamt kann das Interaktionsmodell durch die Ergebnisse der Qualitativen Interviews in weiten Teilen bestätigt werden.

6 Diskussion

6.1 Repräsentativität der Stichprobe

Entsprechend des Studiendesigns unter 5.2 setzt sich die untersuchte Stichprobe aus Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zusammen, die aktuell keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen und über einen Rehabilitations-Status verfügen.

Die Wege, auf denen die Seminarteilnehmer zur beschriebenen Integrationsmaßnahme gelangen, sind dabei unterschiedlich und nicht immer rekonstruierbar. Es wirken Selektionsfaktoren, die die Repräsentativität der Stichprobe stark anzweifeln lassen:

Die erste Hürde auf dem Weg zur Maßnahme besteht in der Anerkennung des Rehabilitationsstatusses. Hierfür muss ein Mensch, der Hilfe bei der Teilhabe zur Arbeit beansprucht einen entsprechenden Antrag ausfüllen. Bei der Entscheidung über die Bewilligung dieses Antrags wird geprüft, inwieweit die Voraussetzungen für die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen nach SGB VI §§ 10, 11 und 12 beim Antragsteller vorliegen. Betrachtet man die Zahlen beantragter Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Rentenversicherung, so stellt man einen generellen Anstieg von 1992: 161215 auf 2004: 351667 fest. Gleichzeitig wurden 1992: 53095 und 2004: 102773 dieser Anträge bewilligt (Verband Deutscher Rentenversicherung 2005). Trotz

gewahrter Verhältnismäßigkeit stieg demnach die Anzahl abgelehnter Anträge drastisch an. Nur zirka jeder dritte Antrag wird zunächst bewilligt. Ein Widerspruch zahlt sich hierbei häufig aus. Ein erster Selektionseffekt wirkt bereits an der Stelle, an der ein Mensch mit abgelehntem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sich dazu entschließt oder eben nicht entschließt in Widerspruch zu gehen. Gerade in Bezug auf psychisch Beeinträchtigte mit generellen und spezifischen Ängsten und häufig eingeschränkter Antriebskraft ist diese Selektion als sehr fraglich zu bezeichnen.

Liegt der begehrte Reha-Status vor, wirkt bereits ein weiterer Selektionsfaktor in Form der Person des zuständigen Rehabilitationsberaters. Es ist völlig unklar, welche Informationen der jeweilige Reha-Berater von den verschiedenen regionalen Maßnahme-Angeboten hat. Entsprechend unterschiedlich fällt die Beratung des Rehabilitanden aus, insbesondere wenn man bedenkt, dass ein Reha-Berater ganz unterschiedlich eingeschränkte Rehabilitanden betreut. Nicht selten beeinflussen persönliche Erfahrungen des Reha-Beraters mit den unterschiedlichen Maßnahmeträgern entsprechende Empfehlungen des weiteren Vorgehens. Zu guter letzt unterscheidet sich die Sensibilität des Reha-Beraters in Bezug auf das Erkennen von psychischen Beeinträchtigungen für diejenigen Rehabilitanden, die bis zu diesem Zeitpunkt noch über keine offizielle psychische Diagnose verfügen, stark.

Von einer Empfehlung und Einleitung der Finanzierung der hier betrachteten Integrationsmaßnahme für psychisch Beeinträchtigte durch den Reha-Berater hängt letztlich die Teilnahme ab.

Zusätzlich wirken Wahlmöglichkeiten des potenziellen Teilnehmers zwischen unterschiedlichen Maßnahmeangeboten sowie der erste Eindruck beim Erstgespräch mit einem Mitarbeiter der REHAaktiv darr GmbH selektierend.

Grundkonsens und damit eingeschränkte Repräsentativität besteht darin, dass jeder Teilnehmer über den beschriebenen Rehabilitationsstatus verfügt, eine offizielle Arbeitsfähigkeit von täglich acht Stunden vom medizinischen Dienst des Kostenträgers bescheinigt bekommen hat und zu Maßnahmebeginn keine akute Krankheitsphase, beispielsweise eine aktive Psychose oder eine akuten Alkoholkrankheit, vorliegt.

Eine Generalisierung der vorliegenden Ergebnisse für psychisch beeinträchtigte arbeitssuchende Menschen ist daher nicht möglich.

Da die Passung zwischen der jeweiligen Rehabilitations-Maßnahme und der Persönlichkeit des Rehabilitanden mit allen beruflichen Voraussetzungen im Vordergrund stehen sollte, empfiehlt sich auch keine Bildung einer „repräsentativen Stichprobe“ im ursprünglichen Sinne, auch wenn dies für die Interpretierbarkeit der vorliegenden Arbeits-Ergebnisse

zunächst von Nachteil ist. Eine „Beobachtende“ Untersuchung mit den vorhandenen Bedingungen und Einschränkungen eröffnet auf der anderen Seite die Möglichkeit der Identifizierung von vorliegenden systemischen Stärken und Schwachstellen, die durch ein sehr strukturiertes Vorgehen inklusive der Bildung einer „repräsentativen Stichprobe“ verloren gehen könnten. Stattdessen sollte durch einen vermehrten Austausch von Maßnahme-Anbietern und entsprechenden Kostenträgern die Grundlage geschaffen werden, um diese Passung sukzessive zu optimieren.

6.2 Durchführung und Auswertung in einer Hand?

Die vorliegende Untersuchung wurde von der Autorin mit Unterstützung durch die REHAaktiv darr GmbH und Ansprechpartnern der Humboldt-Universität geplant, durchgeführt und anschließend ausgewertet. Dieses Vorgehen ohne eine unabhängige Instanz zur Auswertung des Zahlenmaterials birgt die Gefahr der Manipulierung vorhandener Zahlen zur künstlichen Verschönerung der Maßnahme-Ergebnisse. Auf diese Weise könnten Integrationsraten erhöht, Maßnahmeabbruch-Raten gesenkt und statistische Zusammenhänge hergestellt werden, die tatsächlich nicht vorhanden sind.

Das Hauptziel der Untersuchung bestand in der Identifizierung möglicher Prognosefaktoren für Integration und Abbruch und anschließender Herausarbeitung von Maßnahme-Verbesserungen, die wiederum zur Erhöhung der Integrationsrate und gleichzeitig zur Senkung der Maßnahmeabbruchsrates führen sollen. Hierfür wurden die nötigen zeitlichen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen – Investitionen, die sich für ein wirtschaftlich arbeitendes Unternehmen wie die REHAaktiv darr GmbH möglichst auszahlen sollen.

Vergleicht man die Integrations- und Maßnahmeabbruchs-Zahlen mit ähnlichen Rehabilitations-Maßnahmen so stellt man fest, dass beide im mittleren Bereich liegen. Der erhobene Ist-Zustand erscheint also zunächst nicht unrealistisch. Für die Abbruchszahlen wurde entsprechender Handlungsbedarf erkannt und unter anderem mit dieser Arbeit erste Ursachen-Forschung betrieben. Eine Manipulierung hätte möglicherweise bei entsprechend breit gestreuter, gezielter Publikation einen Kurzzeiteffekt bezüglich des Bekanntheitsgrades der beschriebenen Integrations-Maßnahme, würde aber die Möglichkeit der aufgeführten Zielerreichung vollkommen aushebeln und die aufgewendete Arbeit in keinem Fall rechtfertigen. Gleiches gilt für die Konstruierung von statistischen Zusammenhängen ohne entsprechende Grundlage.

Ein Eingreifen von anderen Personen auf die Datenbank war nur möglich, wenn der jeweilige PC entsprechend eingerichtet wurde. Dies erfolgte ausschließlich temporal für die Dateneingabe durch einen Praktikanten oder eine Praktikantin. Eine Manipulation der Daten durch Dritte ist daher auch weitgehend auszuschließen.

Etwas differenzierter zu betrachten ist die Gefahr der unbewussten Manipulierung insbesondere bezüglich des Qualitativen Auswertungsabschnittes. Die Interviewdurchführung und Codierung durch die gleiche Person, die die interviewten Maßnahmeteilnehmer zusätzlich über den gesamten Maßnahmezeitraum betreut hat, lässt unbewusste Einflüsse auf die Art und Weise der Codierung vermuten. Trotz des Festhaltens am Codierleitfaden ist es insbesondere bei der Gesamteinschätzung der Interviews möglich, dass der persönliche Gesamteindruck des jeweiligen Teilnehmers bei der Bewertung eine Rolle gespielt haben könnte. Um diese Gefahr so gering wie möglich zu halten, wurde eine Zweit-Codierung durch eine weitere Diplom-Psychologin durchgeführt, die die befragten Teilnehmer nicht persönlich kennen gelernt hat und sich entsprechend ausschließlich auf das Interviewmaterial beziehen konnte. Die Übereinstimmung beider Kodierer von 71% ist als befriedigend zu bezeichnen.

Für die Suche nach zugrunde liegenden Kategorien beziehungsweise möglichen zugrunde liegenden Mustern innerhalb des Interviewmaterials könnte das umfassende Wissen über die befragten Maßnahmeteilnehmer sogar zuträglich gewesen sein, da in der Qualitativen Forschung die Erfahrungen des Forschenden ganz bewusst mit einbezogen und genutzt werden. So stellten die Kenntnisse über die unterschiedlichen Biographien und persönlichen Hintergründe der Maßnahmeteilnehmer sowie die jahrelange Erfahrung im Seminarbereich eine Unterstützung zur Entwicklung neuer Ideen und zur Hypothesengenerierung dar.

6.3 Seminarinhalte folgen keinem einheitlichen theoretischen Modell

Wie bereits unter Kapitel 2.3 angerissen, erfolgte die Konzeption der Seminarinhalte nicht auf der Grundlage eines einheitlichen erprobten theoretischen Modells. Die Gründe hierfür liegen in erster Linie darin, dass ein solches einheitliches Modell für die berufliche Integration von psychisch beeinträchtigten Menschen nicht existiert. Letztlich führte die unter 2.1 beschriebene Zunahme psychischer Beeinträchtigungen mit den damit verbundenen gesellschaftlichen Kosten erst dazu, dass eine Nachfrage für eine berufliche Integrationsmaßnahme entstand, die sich auf die spezielle Zielgruppe der psychisch beeinträchtigten Menschen bezog.

Allerdings liegt eine Vielzahl von allgemeinen Handlungsmodellen vor, die unter 3.2 nur auszugsweise dargestellt werden konnte, die als Grundlage für die Konzeption auf das spezielle Ziel der beruflichen Integration und auf die spezielle Zielgruppe der psychisch beeinträchtigten Menschen hätten angepasst werden können.

Genau in dieser Vielfalt liegt vermutlich das Problem der Entscheidungsfindung. Es existiert für den beschriebenen Handlungsbereich kein allgemein anerkanntes grundsätzliches theoriegeleitetes Vorgehen, sondern es wird an Lösungsmöglichkeiten explorativ gearbeitet. Entscheidend für den Prozess der Optimierung ist der Austausch unterschiedlicher Einrichtungen, die an ähnlichen Problemen arbeiten. Ein solcher Austausch geschieht bezüglich der medizinisch-beruflichen Rehabilitation beispielsweise innerhalb der jährlich stattfindenden Rehabilitations-Kolloquien.

Die in Kapitel 1.5 dargestellte Entwicklung des „supported employment“ kann als Beispiel für einen gelungenen Erfahrungsaustausch interpretiert werden, dessen Grundidee mittlerweile Einzug in die Ausschreibungs-Konzeption der Agentur für Arbeit finden konnte. Lohnenswert ist aber auch der regelmäßige Blick auf etablierte und aktuelle handlungstheoretische Modelle, bei dem, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, festgestellt werden kann, dass eine ganze Reihe von Seminarinhalten durchaus theoretisch begründet sind. Gleichzeitig können auf diese Weise Ideen für weiterführende Seminarkomponenten entwickelt und ausgearbeitet werden.

6.4 Operationalisierung

Optimaler Weise erfolgt eine Studienplanung nach Vorliegen vorhandener Fragestellungen und Hypothesen in der Suche nach geeigneten Operationalisierungsmöglichkeiten und deren anschließender Anwendung. Im vorliegenden Fall musste nach Ausarbeitung von Fragestellungen und Hypothesen aus dem vorhanden Fundus von routinemäßig durchgeführten psychodiagnostischen Testverfahren und erhobenen Daten aus dem Teilnehmerprofil eine Auswahl derjenigen Variablen erfolgen, die die hinterfragten Phänomene am ehesten repräsentieren könnten. Entsprechend konnten nicht alle potenziellen Prädiktoren geprüft werden, wie beispielsweise die vorangegangenen „Berufserfahrungen“. Andere Prädiktoren wie beispielsweise die „Schwere der Erkrankung“ wurden behelfsweise dargestellt.

Dieses Vorgehen ist der Tatsache geschuldet, dass es sich um eine quasi Naturalistische Studie handelt, bei der Erkenntnisse aus der Beobachtung von natürlich entstandenen Prozessen gewonnen werden.

Die aufgeführten psychodiagnostischen Testverfahren fungierten in erster Linie zur Entwicklung eines Stärke-Schwächen-Profiles sowie eines individuellen Förderplans jedes Teilnehmers. Die Nutzung der psychodiagnostischen Testverfahren zur Überprüfung möglicher Prädiktoren erfolgte somit zusätzlich. Entsprechend eingeschränkt war die Passung zwischen zu prüfendem Prädiktor und Operationalisierung.

Von Vorteil war die Vorarbeit, die durch die Entwicklung einer klientenzentrierten Datenbank für die REHAaktiv darr GmbH in Form einer Diplomarbeit erbracht wurde. Ziel war es, möglichst kostengünstig eine klientenzentrierte Datenbank zu entwickeln, durch die Prädiktoren für die berufliche Integration identifiziert werden können. Hierbei wurden die bis zu diesem Zeitpunkt standardmäßig verwendeten sowie im Unternehmen vorhandenen psychodiagnostischen Testverfahren und Fragebögen als Grundlage genommen und durch zwei weitere psychodiagnostische Testverfahren ergänzt. Die hierfür notwendige Literaturrecherche bezog sich zum damaligen Zeitpunkt überwiegend auf allgemeine Zusammenhänge zur beruflichen Rehabilitation (Gericke, 2004). Da die Anzahl von Studien, die sich speziell mit der beruflichen Rehabilitation von psychisch beeinträchtigten Menschen beschäftigt, in den letzten Jahren zugenommen hat, erschien es sinnvoll, eine erneute Literatur-Recherche durchzuführen und die Fragestellungen aus den Ergebnissen dieser Recherche abzuleiten.

6.5 Langzeiteffekte der Maßnahme - Kausalität?

Das bereits beschriebene Fehlen einer Kontrollgruppe erlaubt keine Klärung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen, wie sie für eine Maßnahme-Evaluation bedeutsam gewesen wären.

Gleichzeitig ist der Abbruch der Maßnahme sowohl aus gesundheitlichen als auch aus sonstigen Gründen, aber auch die Beendigung der Maßnahme ohne erfolgreiche berufliche Integration nicht gleichbedeutend mit dem Ende der beruflichen Rehabilitation.

Während der berufliche Status der erfolgreich integrierten Maßnahmeteilnehmer nach einem halben beziehungsweise nach einem Jahr beobachtet wurde, (da diese Erfolgsbeobachtung von den Kostenträgern eingefordert wird), bleibt unklar, was aus den anderen ehemaligen Seminarteilnehmern geworden ist.

Eine entsprechende Beobachtung könnte zahlreiche interessante Fragen beantworten, beispielsweise nach Schläfereffekten der Maßnahme. Möglicherweise konnten einige Teilnehmer von den unter 6.7 dargestellten positiven Maßnahme-Entwicklungen so gut profitieren, dass sie aus eigener Kraft in absehbarer Zeit eine Arbeitsstelle finden konnten.

Was geschah mit den Maßnahme-Abbrechern aus gesundheitlichen Gründen im weiteren Verlauf? Wurde ein Rentenantrag gestellt und bewilligt? Erfolgte eine weitere medizinische Intervention, die zur nachhaltigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit beitragen konnte? Wurde anschließend ein erneuter Versuch der beruflichen Rehabilitation gewagt?

Fragen, die so interessant sind, dass sie den Aufwand einer zusätzlichen Befragung der Maßnahme-Abbrecher rechtfertigen. Aus diesem Grund wurde eine telefonische Nachbefragung der ehemaligen Seminarteilnehmer durchgeführt, die die Maßnahme vorzeitig abbrachen. Da eine persönliche Beziehung zu jedem Maßnahmeteilnehmer bestand, unternahm die Autorin den Versuch dieser telefonischen Befragung. Hierbei stellte sich jedoch heraus, dass ein Großteil der ehemaligen Teilnehmer unter ihrer Telefonnummern nicht mehr erreichbar war. Von 61 antelefonierten waren 21 unter der früheren Telefonnummer nicht mehr erreichbar, bei 11 Teilnehmern ging auch nach wiederholtem Versuch niemand ans Telefon bzw. meldete sich nicht zurück. 29 Teilnehmer konnten erreicht werden und gaben Auskunft über ihre aktuelle Situation bzw. zum Zeitpunkt des regulären Maßnahme-Endes.

In nachfolgender Tabelle wurden die Ergebnisse zusammengefasst.

Tabelle 65: Abbrecher-Nachbefragung

	Abbrecher gesundheitlich	Abbrecher sonstige
Telefon-Nr. nicht mehr gültig	15	6
Nicht erreichbar / Kein Rückruf	10	1
Berentung	7	
MAE / 1€ Job	7	
Geschützter Bereich (WfB)	6	
arbeitslos	6	
Arbeit zwischenzeitlich	2	
Arbeit zeitlich nach Maßnahme-Ende	0	1

Aufgrund der geringen Resonanz kann keine Verallgemeinerung getroffen werden. Es zeigte sich jedoch, dass die meisten Maßnahme-Abbrecher aus gesundheitlichen Gründen entweder berentet wurden, eine Beschäftigung im Mehraufwandsentschädigungs-Bereich antraten, im geschützten Arbeitsbereich tätig wurden oder nach wie vor arbeitslos waren. Lediglich zwei der Befragten Maßnahme-Abbrecher aus gesundheitlichen Gründen konnten zwischenzeitlich Arbeit finden, die jedoch wieder verloren wurde. Niemand hatte zum Zeitpunkt des Maßnahme-Endes oder ein Jahr später Arbeit.

Von den acht Abbrechern aus sonstigen Gründen wurde nur einer erreicht, der tatsächlich dauerhaft Arbeit gefunden hat.

Der Aufwand einer Nachbefragung aller Maßnahme-Teilnehmer, die die Maßnahme ohne berufliche Integration beendeten, wurde von der Autorin gescheut, da die finanziellen und zeitlichen Mittel hierfür fehlten.

Langfristige, möglicherweise positive, Maßnahmeeffekte bleiben somit fraglich.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über gesetzliche Grundlagen	8
Abbildung 2: Ursachen Psychischer Erkrankungen im Fokus der Arbeit	22
Abbildung 3: Prädiktoren-Übersicht "Berufliche Integration"	33
Abbildung 4: Interaktionsmodell "Berufliche Integration"	36
Abbildung 5: Prädiktoren-Übersicht "Maßnahme-Abbruch"	39
Abbildung 6: Studien-Design	49
Abbildung 7: Dauer der Arbeitslosigkeit	69
Abbildung 8: Versicherungsträger	70
Abbildung 9: Diagnosegruppen	71
Abbildung 10: Nikotinkonsum	72
Abbildung 11: Verschuldung	73
Abbildung 12: Belastung finanzieller Probleme	73
Abbildung 13: Finanzielle staatliche Unterstützungsleistung	74
Abbildung 14: Sportliche Aktivitäten	75
Abbildung 15: Schulabschluss	75
Abbildung 16: Berufsausbildung	76
Abbildung 17: Berufsfähigkeit	77
Abbildung 18: Mittelwerte MMPI	80
Abbildung 19: Mittelwerte SVF-78	81
Abbildung 20: Mittelwerte BIP	82
Abbildung 21: Follow up	83
Abbildung 22: Krankheitsbedingte Fehlzeiten	84
Abbildung 23: Zeitpunkt des Maßnahmeabbruchs	84
Abbildung 24: Ausfalldiagramm	85
Abbildung 25: Angepasste Prädiktoren-Übersicht "berufliche Integration"	106
Abbildung 26: Angepasste Prädiktoren-Übersicht "Abbruch + Fehlzeiten"	123

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilnehmerprofil	51
Tabelle 2: Testverfahren mit hypothesenrelevanten Skalen	54
Tabelle 3: Operationalisierung der Einflussfaktoren	60
Tabelle 4: Geschlechterverhältnis	67
Tabelle 5: Altersverteilung	67
Tabelle 6: Familienstand	68
Tabelle 7: Variablen mit fehlenden Daten	77
Tabelle 8: Fehlende Prä- und Post-Daten	78
Tabelle 9: Testverfahren mit T-Wert-Skalierung	79
Tabelle 10: Testverfahren mit anderer Skalierung	80
Tabelle 11: Follow up	82
Tabelle 12: Krankheitsbedingte Fehlzeiten während der Maßnahme	83
Tabelle 13: Maßnahmeabbruch aus gesundheitlichen Gründen im Verlauf der Maßnahme ...	84
Tabelle 14: Kreuztabelle Geschlecht - berufliche Integration	86
Tabelle 15: Kreuztabelle Lebenspartner – berufliche Integration	87
Tabelle 16: Kreuztabelle Berufsausbildung – berufliche Integration	87
Tabelle 17: Kreuztabelle Weiterbildung – berufliche Integration	88
Tabelle 18: U-Test - berufliche Integration	89
Tabelle 19: T-Test - berufliche Integration	93
Tabelle 20: T-Test Stresstoleranz - berufliche Integration	95
Tabelle 21: Statistische Kennwerte der Einflussgrößen	96
Tabelle 22: Interkorrelationen	96
Tabelle 23: Logistische Regression - berufliche Integration	97
Tabelle 24: Klassifizierungstabelle - berufliche Integration	97
Tabelle 25: Logistische Regression - nach 1/2 Jahr	98
Tabelle 26: Klassifizierungstabelle - nach 1/2 Jahr	98
Tabelle 27: Logistische Regression nach einem Jahr	99
Tabelle 28: Klassifizierungstabelle nach einem Jahr	99
Tabelle 29: Klassifizierungstabelle nach einem Jahr - Trennwert 0.3	100
Tabelle 30: Logistische Regression nach 1 Jahr - ohne Einkommen	100
Tabelle 31: Klassifizierungstabelle nach einem Jahr - ohne Einkommen, Trennwert 0.3	101
Tabelle 32: Kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten	101

Tabelle 33: Klassifizierungstabelle Diskriminanzfunktion.....	101
Tabelle 34: Kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten, ohne "Einkommen"	102
Tabelle 35: Klassifizierungstabelle Diskriminanzfunktion, ohne "Einkommen"	102
Tabelle 36: Kreuztabelle Abbruch - Lebenspartner	107
Tabelle 37: Kreuztabelle Abbruch - Schizophrenie	108
Tabelle 38: Kreuztabelle Abbruch - Medikamente	108
Tabelle 39: Kreuztabelle Abbruch - BU	109
Tabelle 40: Kreuztabelle Abbruch - Verschuldung.....	110
Tabelle 41: T-Test Abbruch	111
Tabelle 42: Statistische Kennwerte der Einflussfaktoren Abbruch	112
Tabelle 43: Logistische Regression Abbruch.....	113
Tabelle 44: Klassifizierungstabelle Abbruch	113
Tabelle 45: Klassifizierungstabelle Abbruch - Trennwert = 0.2	114
Tabelle 46: Diskriminanzfunktion Abbruch	114
Tabelle 47: Klassifizierungstabelle Diskriminanzanalyse Abbruch	114
Tabelle 48: Korrelationen (Spearman) Krankheitsbedingte Fehlzeiten	117
Tabelle 49: U-Test Fehltag - Medikamente.....	118
Tabelle 50: U-Test Fehltag - BU	118
Tabelle 51: U-Test Fehltag - Geschlecht.....	119
Tabelle 52: U-Test Fehltag - Schizophrenie.....	119
Tabelle 53: Chi ² Fehltag - Freizeitverhalten.....	119
Tabelle 54: Chi ² Fehltag - Engagement.....	120
Tabelle 55: Multiple lineare Regressionsanalyse - Fehlzeiten.....	121
Tabelle 56: Faktorenanalyse.....	125
Tabelle 57: Faktoren-Interpretation	126
Tabelle 58: T-Test berufliche Integration - Faktoren.....	127
Tabelle 59: T-Test Abbruch KH - Faktoren.....	127
Tabelle 60: Statistische Kennwerte - Prä-Post-Vergleich	128
Tabelle 61: T-Test für gepaarte Stichproben Prä-Post	129
Tabelle 62: Unterschiede in Entwicklung Prä-Post von Integrierten - Nicht-Integrierten.....	130
Tabelle 63: Verbesserungsvorschläge.....	149
Tabelle 64: Inter-Rater-Reliabilität	150
Tabelle 65: Abbrecher-Nachbefragung.....	166

9 Literaturverzeichnis

- Abele A. (2002). Ein Modell und empirische Befunde zur beruflichen Laufbahnentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechtsvergleichs. *Psychologische Rundschau*. 53 (3): 109-118.
- Abele A. (2004). Informationen zur Studie. URL: <http://www.sozialpsychologie.phil.uni-erlangen.de/forschung/belainfo4.pdf>. (Abruf am 05.06.2009)
- Abele A. Stief M. (2001). Prädiktoren von Akademikererwerbslosigkeit: Ergebnisse der Erlanger Längsschnittstudie zur beruflichen Laufbahnentwicklung von Hochschulabsolventinnen und –absolventen im Vergleich. In Zempel, J., Bacher, J. & Moser, K. (Hrsg), *Erwerbslosigkeit: Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*, (S. 61-83). Opladen: Leske & Budrich
- Amt für Statistik Berlin Brandenburg (2007) URL: <http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/> (Abruf am 15.05.2009)
- Anthony WA. Jansen MA. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. *Research and policy implications*. *Am Psychol* 39: 537-544
- Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- BAR (2004) Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation v. 22.01.2004
- Beiderwieden. K. (2001). Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation. *MittAB* 2: 182-206
- Bell M.D. Fiszdon J.M. Greig T.C. Bryson G. (2005). Can older people with schizophrenia benefit from work rehabilitation? *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 293-301
- Bond G.R. Dietzen L.L. McGrew J.H. Miller L.D. (1995). Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology* 40: 75-93
- Bortz J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. 6. Auflage. Berlin: Springer Medizin Verlag: Heidelberg
- Bortz. J. Lienert. G.A. (1998). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben*. Berlin: Springer
- Brickenkamp R. (1994). *Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test*. Handanweisung. 8., erweiterte und neu gestaltete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Brixy U. Gilbert R. Hess D. Schröder H. (2002). *Arbeitslosenuntersuchung – Teil I: Was beeinflusst den Übergang von der Arbeitslosigkeit in die Erwerbstätigkeit?* IAB-Kurzbericht Nr. 1/2002. Nürnberg.
- Brosius. F. (2004). *SPSS 12. Das mitp-Standardwerk*. 1. Auflage. Mitp-Verlag: Bonn.
- Ciampi L. Ague C. Dauwalder JP. (1978). Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker: II. Querschnittsuntersuchung chronischer Spitalpatienten in einem modernen psychiatrischen Sektor. *Nervenarzt* 49: 332-338

- Cook JA. Razzano L. (1995) Discriminant function analysis of competitive employment outcomes in a transitional employment program for persons with severe mental illness. *J Vocational Rehabilitation*. 5: 127-139
- DAK - Deutsche Angestellten Krankenkasse (2005). DAK Gesundheitsreport 2005. Schwerpunkt Angst und Depressionen. Hamburg: DAK Zentrale.
- Deary I. J. Whiteman M. C. Starr J. M. Whalley, L. J. Fox H. C. (2004). The impact of childhood intelligence on later life: Following up the Scottish Mental Surveys of 1932 and 1947. *Journal of Personality and Social Psychology*. 86: 130-147.
- Ernst B. Jürgens A. Lübke-Sommer T. (2007). Die ICF im Rehabilitationsmanagement der RPK – Einrichtung der Brück SH in Kiel. Brücke Schleswig-Holstein gGmbH. RPK-medizinische und berufliche Rehabilitation. EQual-Indigo Teilprojekt. URL: http://www.paritaet-bw.de/lgst/fachberatung/rehabilitation/anlagen/icf_rpk07.pdf (Abruf am 12.05.2009)
- Fabian ES. (1992). Supported employment and the quality of life: does a job make a difference? *Rehabil Counsel Bull*; 36: 84-97
- Faller H. Haaf H. G. Kohlmann. T. Löschmann C. Maurischat C. Petermann F. Schulz H. Zwingmann C. (1999). Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“. Verband der Deutschen Rentenversicherungsträger. Band 16
- Frese M. Garman G. Garmeister K. Halemba K. Hortic A. Pulwitt T. Schildbach S. (2002). Training zur Erhöhung der Eigeninitiative bei Arbeitslosen: Bericht über einen Pilotversuch. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*. 46 (2): 89-97.
- Friedmann H.S. Rosemann R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Frühwald S. Bühler B. Grasl R. Gebetsberger M. Matschnig T. König F. Frottier (2006). (Irr-) wege in die Arbeitswelt – Langzeitergebnisse arbeitsrehabilitativer Einrichtungen für psychisch Kranke der Caritas St. Pölten. *Neuropsychiatrie*; 20: 250-256.
- Fryer D. Payne R. (1986). Being unemployed: A review of the literature on the psychological experience of unemployment. In C. Cooper & I. Robertson (Eds). *International review of industrial and organizational psychology*. Chichester: Wiley.
- Galvao A. Watzke S. Gawlik B. Hühne M. Brieger P. (2005). Vorhersage einer Verbesserung des beruflichen Status chronisch psychisch Kranker nach rehabilitativen bzw. integrativen Maßnahmen. *Rehabilitation*; 44: 208 - 214
- Gerdes T.S. (2004). Der Verbleib nach der Vermittlung durch Integrationsfachdienste in den allgemeinen Arbeitsmarkt: Werdegänge von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. In: *impulse Nr. 31*: 17-23.
- Gericke C. (2004). Entwicklung eines Instruments („Klienten-Datenbank“) zur langfristigen Qualitätssicherung der Integrationsmaßnahmen für Arbeitslose in der Firma REHAaktiv darr GmbH. Diplomarbeit. Humboldt-Universität zu Berlin. nicht veröffentlicht.

- Gmünder H. Johannes S. Peter E. (2006). Modernes Rehabilitationsmanagement mit Zielkategorien und Behandlungspfaden. *Medizinische Mitteilungen* 77 (herausgegeben von den Ärztinnen und Ärzten der Suva). 24-43.
- Grundmann J. (2005). ICF-Core Set in der Rehabilitation psychisch erkrankter und behinderter Menschen. In: Diakonie (ed.): Funktionale Gesundheit. Gesundheit und Behinderung im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICF). Workshop des Diakonischen Werkes 29. und 30. September 2005. Berlin. 30-34.
- Hathaway S.R. McKinley J.C. Engel R. (1999). Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2. Manual. Verlag Hans Huber.
- Hetzel Ch. Schmidt Ch. (2004). Optimierung des Vermittlungsprozesses in einem Berufsförderungswerk – eine Rehabilitandenbefragung als zentraler Baustein. 13. Rehabilitationwissenschaftliches Kolloquium.
- Hochschild A. (2002). *The Time Bind: When Work Bekomes Home and Home Becomes Work*. New York 1997 (deutsch: Keine Zeit. Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur Arbeit wartet. Opladen 2002).
- Hoffmann H. (1999). Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt – Ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? *Psychiat Prax.* 26: 211-217.
- Hoffmann H. Kupper Z. Kunz B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia – an exploratory study. *Schizophrenia Research*, 43: 147-158.
- Hoffmann H. Kupper Z. (2003) Prädiktive Faktoren einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung von schizophrenen Patienten. *Psychiat Prax.* 30: 312-317.
- Hoffmann H. (2004). Berufliche Rehabilitation. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 333-346). Berlin: Springer.
- Hoffmann H. Jäckel D. (2008). Supported Employment – Nachhaltigkeit in der beruflichen Eingliederung psychisch Kranker. In: Mecklenburg, H.; Storck, J. *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation – Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Holleder A. (2003). Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos? IAB Kurzbericht Nr. 4 / 21.03.2003. Nürnberg.
- Horn W. (1983) L-P-S Leistungsprüfsystem. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Hossiep R. Paschen M. (1998). Das Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsdiagnostik (BIP). Göttingen: Hogrefe.
- http://www.integrationsaemter.de/webcom/show_article.php/_c-614/_lkm-863/i.html, abgerufen am 12.05.2009.
- <http://bundesrecht.juris.de>, abgerufen am 14.05.2009
- <http://www.bmas.de>, abgerufen am 14.05.2009
- Jacobs HE. Wissusik D. Collier R. Stackman D. Burkemann D. (1992). Correlations between disabilities and vocational outcome. *Hosp Community Psychiatry* 43: 365-369.
- Jahoda M. (1986) *Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert*. (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Janke W. Erdmann G. (1997). Streßverarbeitungsfragebogen (SVF 120). Göttingen: Hogrefe.
- Karasek R. Theorell T. (1990). Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York.
- Kardorff E v. (1999). Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. *Psychiat Prax.* 26: Sonderheft 1, S. 25-29.
- Kasperek P. Koop W. (1991). Wirkungen beruflicher Weiterbildung auf Arbeitslose – Darstellung eines Begleitforschungsprojekts. In Kieselbach, T. & Wacker, A. (Hrsg.), *Bewältigung von Arbeitslosigkeit im sozialen Kontext. Programme, Initiativen, Evaluationen.* (S. 157 – 169) Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Kieselbach T. Scharf G. Klink F. (1997). Interventionsmaßnahmen für Langzeitarbeitslose Wiederbeschäftigung und psychosoziale Stabilisierung. In: Klein, G. & Strasser, H. (Hrsg.), *Schwer vermittelbar: Zur Theorie und Empirie der Langzeitarbeitslosigkeit*, (S.313-333) Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Kieselbach T. (1999). Individuelle und gesellschaftliche Bewältigung von Arbeitslosigkeit. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 7 (Sonderheft): 55 – 80.
- Krampen G. (1991). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. (FKK). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhnert P. (2000). Ausgrenzung, gesundheitliche Gefährdung und defizitäre Beratung in der Arbeitslosigkeit. (abgerufen im März 2004 unter www.diaa.de.)
- Kunze H. Pohl J. (2002). Leitlinien für Rehabilitation und Integration. Tagungsbeitrag: Teilhabe am Arbeitsleben. Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am 13./14. 05.2002 in Berlin
- Lazarus R.S. Launier R. (1981). Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In Nitsch J.R. (Hrsg.). *Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-260). Bern: Huber.
- Linden M. Baron S. (2007). Das "Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation.* 46: 24-32.
- Locke E.A. Lathan G.P. (1990). *A theory of goal setting and task performance.* Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Marwaha S. Johnson S. (2004). Schizophrenia and employment – A review. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology.* 39: 337-349.
- Matschnig T. Frottier P. Seyringer M.E. Frühwald S. (2008). Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen – ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. *Psychiatrische Praxis.* 35: 271-278
- Mayring Ph. (1995). *Qualitative Inhaltsanalyse* (5. Auflage). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- McGurk S.R. Mueser K.T. Harvea P.D. La Puglia R. Marder J. (2003). Cognitive and symptom predictors of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment. *Psychiatric Services*, 54: 1129-1135.
- Mecklenburg H. (1999). Zwölf Thesen für eine langfristig erfolgreiche berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter. *Psychiat Prax.* 26: 227-232.

- Michon H. van Weeghel J. Kroon H. Schene AH. (2005). Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes – a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 40: 408-416.
- Mohr G. Otto K. (2005) Schöne neue Arbeitswelt: Risiken und Nebenwirkungen. *Report Psychologie.* 6: 260-267.
- Mohr G. Richter P. (2008). Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit – Interventionsmöglichkeiten. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte, 40-41*, 25-32.
- Moos M. Wolfersdorf M. (2003). Berufliche Situation und berufliche Perspektiven von psychisch kranken Menschen. *Psychiat Prax;* 30. Supplement 2: S154-S156
- Morgan R. Cheadle A.J. (1975). Unemployment impedes resettlement. *Social Psychiatry.* 10: 63-67.
- Moser K. (Hrsg.) (2007). *Wirtschaftspsychologie.* Heidelberg: Springer
- Muche R. Rösch M. Flierl S. Alt B. Jacobi E. Gaus W. (2000). Entwicklung und Validierung eines Prognosemodells zur Vorhersage der Arbeitsfähigkeit nach Rehabilitation anhand routinemäßig erhobener Parameter. *Rehabilitation* 39: 262-267.
- Mueser KT. Salyers MP. Mueser PR. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 27: 281-296.
- Murray C.J.L. Lopez. A.D. (1996). *The global burden of disease and injuries series.* Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Ostner I. (1978). *Beruf und Hausarbeit. Die Arbeit der Frau in unserer Gesellschaft.* Frankfurt am Main.
- Paul K.I. Moser K. (2006). Incongruence as an explanation for the negative mental health of unemployment: Meta-analytic evidence. *Journal of Occupational and Organizational Psychology.*
- Plomin R. Pedersen N. L. Lichtenstein P. McClearn G. E. (1994). Variability and stability in cognitive abilities are largely genetic later in life. *Behavior Genetics.* 24. 207-215.
- Regenold M. Sherman MF. Fenzel M. (1999). Getting back to work: Self-efficacy as a prediktor of employment outcome. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 22: 361-367
- Reker T. Eikermann B. (1999). Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung. *Psychiat. Prax.* 26: 218-223.
- Reker T. Eikermann B. (2004). Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. *Psychiat Prax.* 31: Supplement 2: S251-S255.
- Rentsch H.P. Bucher P.O. (2005). *ICF in der Rehabilitation.* Idstein: Schulz-Kirchner.
- Rogers ES. Anthony WA. Cohen M. Davies R. (1997). Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. *Community Ment Health.* 33: 99-112
- Rolle C. van Suntum U. (1997). *Langzeitarbeitslosigkeit und soziale Absicherung.* Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Richter A. Blaha L. Groß W. Schreiber W. (2004). Prädiktion des beruflichen Erfolges bei schizophren Erkrankten. *Psychiat Prax.* 31: Supplement 1: S35-S37.

- Richtien W. (2007). Angewandte Gruppendynamik. Ein Lehrbuch für Studierende und Praktiker. 4. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim. Basel.
- Rossi A. Amaddeo F. Bisoffi G. Ruggeri M. Thornicroft G. Tansella M. (2002). Dropping out of care: Inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. *Br J Psychiatry* 181: 331 – 338.
- Rüesch P. Meyer P.C. Graf J. Hell D. (2002). Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. *Psychiat Prax.* 29: 68-75.
- Schaarschmidt U. (2006). AVEM – ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Deutscher Psychologen Verlag GmbH. Bonn. S. 59-82.
- Scheier M.F. Carver C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and Implications for generalized outcome expectancies. *Health Psychology.* 4: 219-247.
- Schmidt Ch. (2005). Analyse von Leitfadeninterviews. In: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hg: Flick U. Kardorff E. v. Steinke I. 4. Auflage. Rowohlt. Reinbek bei Hamburg: 447 – 456
- Schuler H. Prochaska M. Frintrup A. (2001). Leistungsmotivationsinventar. Dimensionen berufsbezogener Leistungsorientierung. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. *Journal of Occupational Health Psychology.* 1: 27-43.
- Schultz-Gambard J. Balz H. J. (1988). Schicksal arbeitslos: ein Überblick über die Ergebnisse angewandt-sozialpsychologischer Forschung zu den Folgen und Einflussfaktoren bei Arbeitslosigkeit. *Gruppendynamik.* 19: 239-273.
- Sozialbericht 2009 (2009), Grundsicherung für Arbeitssuchende URL: http://www.bmas.de/portal/33916/property=pdf/a101-09__sozialbericht__2009.pdf, 149-150 (Abruf am 02.08.2009)
- Suslow T. Schonauer K. Ormann P. Eikermann B. Reker T. (2000). Prediction of work performance by clinical symptoms and cognitive skills in schizophrenic outpatients. *J Nerv Ment Dis.* 188: 116-118.
- Tabachnik B. G. Fidell L. S. (1996). Using multivariate statistics (3rd ed.). New York: HarperCollins College Publishers.
- Tenambergen T. (2008). Rechtliche Grundlagen der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen In: Mecklenburg. H.; Storck. J. Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation – Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Psychiatrie-Verlag. Bonn.
- Twamley E.W. Padin D.S. Bayne K.S. Narvaez J.M. Williams R.E. Jeste D.V. (2005). Work rehabilitation for older people with schizophrenia: A comparison of three approaches. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 193: 596-601.
- Verband Deutscher Rentenversicherung (2005). Rentenversicherung in Zahlen 2005. Eine Information Ihrer Rentenversicherung. Berlin

- Warr P. (1987). Work, unemployment and mental health. Oxford: Charendon Press.
- Watzke S. Galvao A. Gawlik B. Hühne M. Brieger P. (2005). Ausprägung und Veränderung der Arbeitsfähigkeiten psychisch kranker Menschen in der beruflichen Rehabilitation. *Psychiat Prax.* 32: 292-298.
- Watzke S. Galvao A. Hühne M. Gawlik B. Brieger P. (2005a). Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker – Vortrag gefunden am 14.07.2009 URL: http://www.psychiatrie-salzwedel.de/fileadmin/nowack/inhalte/zsp/Vortrag_Dr.Brieger.pdf (Abruf am 12.03.2009)
- Watzke S. (2006). Rehabilitation. In: *Gesundheitspsychologie* Rennebert B. Hammelstein P. Springer.
- Westermayer G. Brand D. (2009). Länderübergreifender Gesundheitsbericht für Berlin und Brandenburg 2009. BGF – Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung mbH.
- Wieland-Eckelmann R. Carver C.S. (1990). Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für Differenzielle und Diagnostische Psychologie.* 11: 167-184.
- Wirtz M. Caspar F. (2002). Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. München: Hogrefe
- Wood R.E. Locke E.A. (1990). Goal setting and strategy effects on complex tasks. *Research in Organizational Behavior.* 12: 73-109.
- Zempel J. Frese M. (2000). Prädiktoren der Erwerbslosigkeit und Wiederbeschäftigung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 32 (3): 379 – 390.

Anhang

Inhaltsverzeichnis

1	TABELLENVERZEICHNIS	180
2	QUANTITATIVER TEIL	182
2.1	PRÄDIKTOREN DER BERUFLICHEN INTEGRATION	182
2.2	PRÄDIKTOREN FÜR DEN ABBRUCH DER MAßNAHME AUS GESUNDHEITLICHEN GRÜNDEN	190
2.3	PRÄDIKTOREN DER FLUCHT IN KRANKHEIT PSYCHISCH KRANKER	194
2.4	FAKTORENANALYSE	195
2.5	PRÄ-POST-T-TEST-ANALYSE	198
2.6	TEILNEHMERPROFIL	199
3	QUALITATIVER TEIL	205
3.1	INTERRATER-RELIABILITÄT	205
3.2	QUALITATIVE INTERVIEWS – TABELLEN	207
3.3	INTERVIEW HR. W.	213

1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Chi ² -Tests Berufliche Integration.....	182
Tabelle 2: T-Test Berufliche Integration.....	182
Tabelle 3: Diskriminanzanalyse – Analyse der verarbeiteten Fälle.....	186
Tabelle 4: DA - Gruppenstatistik	186
Tabelle 5: DA - Eigenwerte	187
Tabelle 6: DA – Wilk’s Lambda	187
Tabelle 7: DA – Standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten	187
Tabelle 8: DA – Struktur-Matrix.....	187
Tabelle 9: DA – Kreuzvalidierte Klassifizierungstabelle	188
Tabelle 10: DA ohne Einkommen - Eigenwerte	188
Tabelle 11: DA ohne Einkommen – Wilks’ Lambda.....	188
Tabelle 12: DA ohne Einkommen – Struktur-Matrix	188
Tabelle 13: DA ohne Einkommen- Kreuzvalidierte Klassifikationstabelle.....	189
Tabelle 14: Chi ² -Tests Abbruch	190
Tabelle 15: T-Test Abbruch - Test bei unabhängigen Stichproben	191
Tabelle 16: DA Abbruch – Analyse der verarbeiteten Fälle.....	192
Tabelle 17: DA Abbruch – Gleichheitstest der Gruppenmittelwerte.....	192
Tabelle 18: DA Abbruch – Gemeinsam Matrizen innerhalb der Gruppen	192
Tabelle 19: DA Abbruch - Eigenwerte	192
Tabelle 20: DA Abbruch – Wilks’ Lambda	193
Tabelle 21: DA Abbruch – Stand. kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten.....	193
Tabelle 22: DA Abbruch – Struktur-Matrix.....	193
Tabelle 23: DA Abbruch – Kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten	193
Tabelle 24: Multiple lineare Regressionsanalyse – ANOVA	194
Tabelle 25: FA – KMO- und Bartlett-Test.....	195
Tabelle 26: FA - Kommunalitäten	195
Tabelle 27: FA – Erklärte Gesamtvarianz.....	196
Tabelle 28: FA- Rotierte Komponentenmatrix	197
Tabelle 29: FA - Komponententransformationsmatrix	198
Tabelle 30: Prä-Post-T-Tests nicht signifikanter Veränderungen.....	198
Tabelle 31: Interrater-Reliabilität - Kreuztabellen.....	205
Tabelle 32: Interräterreliabilität – Übereinstimmungsmaß Kappa.....	206

Tabelle 33: QI – Individuelle Bewältigungsstrategien.....	207
Tabelle 34: QI - Identifizierung mit Arbeit.....	207
Tabelle 35: QI - Optimismus bezüglich Verlauf.....	208
Tabelle 36: QI - Qualitätsmanagement	209
Tabelle 37: QI – Was wäre wenn... ..	210
Tabelle 38: QI - Selbsteinschätzung.....	210
Tabelle 39: QI - Stressbewältigung.....	211
Tabelle 40: QI - Praktika.....	211
Tabelle 41: QI - Gutachten.....	212
Tabelle 42: QI – Einstellung zur Maßnahme	212
Tabelle 43: QI – Bewertung des Gesamtinterviews.....	212

2 Quantitativer Teil

2.1 Prädiktoren der beruflichen Integration

Tabelle 66: Chi²-Tests Berufliche Integration

: N=206	Wert	df	Asymptotische P (2-seitig)	Exakte P (2-seitig)	Exakte P (1-seitig)
Kreuztabelle Partner – berufliche Interation					
Chi ² nach Pearson	4.335	1	.037		
Kontinuitätskorrektur(a)	3.655	1	.056		
Likelihood-Quotient	4.195	1	.041		
Exakter Test nach Fisher				.042	.029
Zusammenhang linear-mit-linear	4.314	1	.038		
Kreuztabelle Beruf – berufliche Integration					
Chi ² nach Pearson	.039	1	.843		
Kontinuitätskorrektur(a)	.000	1	.993		
Likelihood-Quotient	.039	1	.843		
Exakter Test nach Fisher				1.000	.503
Zusammenhang linear-mit-linear	.039	1	.844		
Kreuztabelle Weiterbildung – berufliche Integration					
Chi ² nach Pearson	3.207	1	.073		
Kontinuitätskorrektur(a)	2.681	1	.102		
Likelihood-Quotient	3.233	1	.072		
Exakter Test nach Fisher				.091	.050
Zusammenhang linear-mit-linear	3.192	1	.074		

Tabelle 67: T-Test Berufliche Integration

Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
F	P	T	df	P (2-seitig)	Mittlere Differenz	SD Differenz	95% KI der Differenz	

									Untere	Obere
Schulabschluss	Varianzen sind gleich	4.804	.030	-2.229	204	.027	-.274	.123	-.516	-.032
	Varianzen sind nicht gleich			-2.339	122.520	.021	-.274	.117	-.506	-.042
Positiv-strategien	Varianzen sind gleich	2.439	.120	-1.157	203	.249	-1.990	1.858	-5.677	1.687
	Varianzen sind nicht gleich			-1.239	129.014	.218	-1.990	1.843	-5.665	1.675
Negativ-strategien	Varianzen sind gleich	.329	.567	.255	203	.799	.517	2.030	-3.486	4.519
	Varianzen sind nicht gleich			.260	115.593	.795	.517	1.987	-3.419	4.452
Selbstwirksamkeit	Varianzen sind gleich	.021	.885	-1.566	203	.119	-2.891	1.846	-6.531	.750
	Varianzen sind nicht gleich			-1.571	111.020	.119	-2.891	1.840	-6.537	.755
Selbstkonzept	Varianzen sind gleich	.506	.478	-1.260	203	.209	-2.271	1.802	-5.824	1.282
	Varianzen sind nicht gleich			-1.300	118.121	.196	-2.271	1.747	-5.730	1.189
Alter	Varianzen sind gleich	.256	.614	.971	204	.333	1.249	1.286	-1.287	3.785
	Varianzen sind nicht gleich			.976	111.124	.331	1.249	1.280	-1.286	3.785
Dauer Arbeitslosigkeit (Monate)	Varianzen sind gleich	1.606	.206	1.426	203	.156	6.809	4.777	-2.609	16.227
	Varianzen sind nicht gleich			1.473	118.618	.143	6.809	4.622	-2.344	15.962
Einkommen	Varianzen sind gleich	.402	.527	-2.233	167	.027	-	38.259	-160.977	-9.910
	Varianzen sind nicht gleich			-2.228	85.977	.028	-	38.341	-161.664	-9.223
Beziehungsprobleme	Varianzen sind gleich	1.367	.244	-.941	202	.348	-1.658	1.763	-5.134	1.817
	Varianzen sind nicht gleich			-.900	100.531	.371	-1.658	1.844	-5.316	1.999
Familienprobleme	Varianzen sind gleich	.056	.813	-.841	202	.401	-1.582	1.881	-5.290	2.126

Engagement	Varianzen sind nicht gleich									
Engagement	Varianzen sind gleich	1.976	.161	-1.862	204	.064	-.588	.316	-1.210	.035
	Varianzen sind nicht gleich			-1.950	122.001	.053	-.588	.301	-1.185	.009
Optimismus	Varianzen sind gleich	.201	.654	-.449	203	.654	-.272	.606	-1.468	.923
	Varianzen sind nicht gleich			-.459	115.617	.647	-.272	.593	-1.448	.903
Belastbarkeit	Varianzen sind gleich	.112	.738	-1.448	204	.149	-.342	.236	-.808	.124
	Varianzen sind nicht gleich			-1.455	111.034	.149	-.342	.235	-.808	.124
Selbstbe- wusstsein	Varianzen sind gleich	.184	.669	-.344	204	.731	-.105	.304	-.705	.495
	Varianzen sind nicht gleich			-.338	105.716	.736	-.105	.310	-.719	.510
Flexibilität	Varianzen sind gleich	.034	.854	.094	204	.925	.022	.232	-.435	.478
	Varianzen sind nicht gleich			.094	111.999	.925	.022	.230	-.433	.476
LPS Gesamt- IQ	Varianzen sind gleich	.024	.878	-3.024	203	.003	-5.303	1.754	-8.761	-1.846
	Varianzen sind nicht gleich			-2.988	107.375	.003	-5.303	1.775	-8.822	-1.785
d2 gesamt	Varianzen sind gleich	3.229	.074	-1.894	203	.060	-3.037	1.604	-6.199	.125
	Varianzen sind nicht gleich			-2.028	128.943	.045	-3.037	1.498	-6.001	-.074
SVF-78										
Positiv- strategien	Varianzen gleich	2.439	.120	-1.157	203	.249	-1.990	1.720	-5.381	1.402
	Varianzen nicht gleich			-1.239	129.014	.218	-1.990	1.606	-5.168	1.189
SVF Herunter- spielen	Varianzen gleich	2.550	.112	-1.705	203	.090	-3.215	1.885	-6.933	.503
	Varianzen nicht gleich			-1.790	122.986	.076	-3.215	1.796	-6.771	.341

SVF										
Schuldabwehr	Varianzen gleich	.285	.594	1.405	203	.161	2.368	1.685	-.954	5.690
	Varianzen nicht gleich			1.452	118.586	.149	2.368	1.631	-.861	5.597
SVF Ablenkung	Varianzen gleich	.004	.950	-.871	203	.385	-1.267	1.453	-4.132	1.599
	Varianzen nicht gleich			-.872	110.330	.385	-1.267	1.453	-4.145	1.612
SVF Ersatzbefriedigung	Varianzen gleich	.016	.900	.400	203	.689	.569	1.421	-2.233	3.371
	Varianzen nicht gleich			.402	111.318	.688	.569	1.414	-2.234	3.372
SVF Situationskontrolle	Varianzen gleich	.478	.490	-2.069	203	.040	-3.551	1.716	-6.934	-.167
	Varianzen nicht gleich			-1.990	101.522	.049	-3.551	1.784	-7.090	-.011
SVF Reaktionskontrolle	Varianzen gleich	3.754	.054	-2.133	203	.034	-3.379	1.584	-6.503	-.255
	Varianzen nicht gleich			-2.005	97.055	.048	-3.379	1.685	-6.724	-.035
SVF Positive Selbstinstruktion	Varianzen gleich	.068	.795	-1.300	203	.195	-2.646	2.036	-6.660	1.368
	Varianzen nicht gleich			-1.293	108.882	.199	-2.646	2.047	-6.703	1.411
Negativstrategien	Varianzen gleich	.329	.567	.255	203	.799	.517	2.030	-3.486	4.519
	Varianzen nicht gleich			.260	115.593	.795	.517	1.987	-3.419	4.452
SVF Flucht	Varianzen gleich	.328	.568	.376	203	.707	.730	1.942	-3.100	4.559
	Varianzen nicht gleich			.368	105.340	.714	.730	1.984	-3.203	4.663
SVF ged. Weiterbesch.	Varianzen gleich	.056	.813	.981	203	.328	1.688	1.720	-1.703	5.079
	Varianzen nicht gleich			.990	112.426	.324	1.688	1.704	-1.689	5.065
SVF Resignation	Varianzen gleich	.008	.930	1.269	203	.206	2.473	1.949	-1.370	6.316
	Varianzen nicht gleich			1.276	111.500	.205	2.473	1.939	-1.368	6.314
SVF Selbstbesch	Varianzen gleich	1.338	.249	-.284	203	.776	-.523	1.840	-4.151	3.105
	Varianzen nicht gleich			-.296	120.731	.768	-.523	1.767	-4.021	2.975

Tabelle 68: Diskriminanzanalyse – Analyse der verarbeiteten Fälle

Ungewichtete Fälle		N	Prozent
Gültig		116	80.00
Ausgeschlossen	Gruppencodes fehlend oder außerhalb des Bereichs	0	.0
	Mindestens eine fehlende Diskriminanz-Variable	29	20.00
	Beide fehlenden oder außerhalb des Bereichs liegenden Gruppencodes und mindestens eine fehlende Diskriminanz-Variable	0	.0
	Gesamtzahl der ausgeschlossenen	29	20.00
Gesamtzahl der Fälle		145	100.0

Tabelle 69: DA - Gruppenstatistik

in Arbeit		M	SD	Gültige Werte (listenweise)	
				Ungewichtet	Gewichtet
0	Partner vorhanden?	.2017	.40295	72	72.000
	Einkommen	605.0373	217.62653	72	72.000
	Verschuldung	.6471	.91678	72	72.000
	SVFReaktionskontrolle	49.6134	9.78074	72	72.000
	Engagement	5.1681	2.15233	72	72.000
	LPS Gesamt-IQ	106.0924	11.10275	72	72.000
1	Partner vorhanden?	.4000	.49543	44	44.000
	Einkommen	695.3320	231.29711	44	44.000
	Verschuldung	1.1556	1.18620	44	44.000
	SVFReaktionskontrolle	53.9111	11.77019	44	44.000
	Engagement	6.0222	1.80264	44	44.000
	LPS Gesamt-IQ	112.8667	10.60360	44	44.000
Gesamt	Partner vorhanden?	.2561	.43781	116	116.000
	Einkommen	629.8133	224.41173	116	116.000
	Verschuldung	.7866	1.01984	116	116.000
	SVFReaktionskontrolle	50.7927	10.50473	116	116.000
	Engagement	5.4024	2.09211	116	116.000
	LPS Gesamt-IQ	107.9512	11.34825	116	116.000

Tabelle 70: DA - Eigenwerte

Funktion	Eigenwert	% der Varianz	Kumulierte %	Kanonische Korrelation
1	.302(a)	100.0	100.0	.482

a Die ersten 1 kanonischen Diskriminanzfunktionen werden in dieser Analyse verwendet.

Tabelle 71: DA – Wilk's Lambda

Test der Funktion(en)	Wilks-Lambda	Chi²	df	P
1	.768	29.286	6	.000

Tabelle 72: DA – Standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten

Funktion 1
Partner vorhanden?
Einkommen
Verschuldung
SVFReaktionskontrolle
Engagement
LPS Gesamt-IQ

Tabelle 73: DA – Struktur-Matrix

Funktion 1
LPS Gesamt-IQ
Verschuldung
Partner vorhanden?
SVFReaktionskontrolle
Engagement
Einkommen

Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen Diskriminanzvariablen und standardisierten Variablen sind nach ihrer absoluten Korrelationsgröße innerhalb der Funktion geordnet.

Tabelle 74: DA – Kreuzvalidierte Klassifizierungstabelle

		Arbeit	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
			nein	ja	
Kreuzvalidiert (a)	Anzahl	nein	47	25	72
		ja	15	29	44
	%	nein	65.3	34.7	100.0
		ja	34.1	65.9	100.0

a Die Kreuzvalidierung wird nur für Fälle in dieser Analyse vorgenommen. In der Kreuzvalidierung ist jeder Fall durch die Funktionen klassifiziert, die von allen anderen Fällen außer diesem Fall abgeleitet werden.

65,5% der kreuzvalidierten gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Tabelle 75: DA ohne Einkommen - Eigenwerte

Funktion	Eigenwert	% der Varianz	Kumulierte %	Kanonische Korrelation
1	.155(a)	100.0	100.0	.367

a Die ersten 1 kanonischen Diskriminanzfunktionen werden in dieser Analyse verwendet.

Tabelle 76: DA ohne Einkommen – Wilks' Lambda

Test der Funktion(en)	Wilks-Lambda	Chi²	df	P
1	.866	19.854	5	.001

Tabelle 77: DA ohne Einkommen – Struktur-Matrix

	Funktion 1
LPS Gesamt-IQ	.719
Partner vorhanden?	.516
Verschuldung	.451
SVFReaktionskontrolle	.416
Engagement	.301

Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen Diskriminanzvariablen und standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen

Variablen sind nach ihrer absoluten Korrelationsgröße innerhalb der Funktion geordnet.

Tabelle 78: DA ohne Einkommen- Kreuzvalidierte Klassifikationstabelle

		Arbeit	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
			nein	ja	
Kreuzvalidiert (a)	Anzahl	nein	53	33	86
		ja	23	33	56
	%	nein	61.6	38.4	100.0
		ja	41.1	58.9	100.0

a Die Kreuzvalidierung wird nur für Fälle in dieser Analyse vorgenommen. In der Kreuzvalidierung ist jeder Fall durch die Funktionen klassifiziert, die von allen anderen Fällen außer diesem Fall abgeleitet werden.

60,6% der kreuzvalidierten gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

2.2 Prädiktoren für den Abbruch der Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen

Tabelle 79: χ^2 -Tests Abbruch

N=206	Wert	df	Asymptotische P (2-seitig)	Exakte P (2-seitig)	Exakte P (1-seitig)
Kreuztabelle Partner – Abbruch					
Chi ² nach Pearson	.542(b)	1	.462		
Kontinuitätskorrektur(a)	.313	1	.576		
Likelihood-Quotient	.533	1	.465		
Exakter Test nach Fisher				.482	.285
Zusammenhang linear-mit-linear	.539	1	.463		
Kreuztabelle Psychose – Abbruch					
Chi ² nach Pearson	.776(b)	1	.378		
Kontinuitätskorrektur(a)	.433	1	.511		
Likelihood-Quotient	.816	1	.366		
Exakter Test nach Fisher				.505	.260
Zusammenhang linear-mit-linear	.772	1	.380		
Kreuztabelle Medikamente – Abbruch					
Chi ² nach Pearson	7.132(b)	1	.008		
Kontinuitätskorrektur(a)	6.272	1	.012		
Likelihood-Quotient	7.577	1	.006		
Exakter Test nach Fisher				.008	.005
Zusammenhang linear-mit-linear	7.097	1	.008		
Kreuztabelle BU - Abbruch					
Chi ² nach Pearson	9.469(b)	1	.002		
Kontinuitätskorrektur(a)	8.507	1	.004		
Likelihood-Quotient	9.456	1	.002		
Exakter Test nach Fisher				.002	.002
Zusammenhang linear-mit-linear	9.423	1	.002		

Tabelle 80: T-Test Abbruch - Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit							
		F	p	T	df	P (2-seitig)	Mittlere Differenz	SEM der Differenz	95% Differenz	KI der	
										Untere	Obere
Alter	Varianzen gleich	.530	.467	-2.938	204	.004	-3.856	1.312	-6.443	-1.268	
	Varianzen nicht gleich			-2.878	87.342	.005	-3.856	1.340	-6.518	-1.193	
Schulabschluss	Varianzen gleich	3.233	.074	1.324	204	.187	.170	.129	-.083	.424	
	Varianzen nicht gleich			1.236	80.816	.220	.170	.138	-.104	.445	
Familienprobleme	Varianzen gleich	2.193	.140	-1.238	202	.217	-2.444	1.975	-6.338	1.450	
	Varianzen nicht gleich			-1.324	97.090	.189	-2.444	1.846	-6.108	1.220	
Depress	Varianzen gleich	.169	.682	-1.513	202	.132	-3.176	2.100	-7.317	.965	
	Varianzen nicht gleich			-1.468	81.597	.146	-3.176	2.164	-7.482	1.129	
Psychosomatik (MMPI)	Varianzen gleich	.012	.912	-2.324	202	.021	-4.392	1.890	-8.119	-.665	
	Varianzen nicht gleich			-2.321	85.574	.023	-4.392	1.892	-8.155	-.630	
Belastbarkeit	Varianzen gleich	.541	.463	1.374	204	.171	.338	.246	-.147	.822	
	Varianzen nicht gleich			1.361	88.963	.177	.338	.248	-.155	.830	

Tabelle 81: DA Abbruch – Analyse der verarbeiteten Fälle

Ungewichtete Fälle		N	Prozent
Gültig		204	99.0
Ausgeschlossen	Gruppencodes fehlend		
	oder außerhalb des Bereichs	0	.0
	Mindestens eine fehlende Diskriminanz-Variable	2	1.0
	Beide fehlenden oder außerhalb des Bereichs liegenden Gruppencodes und mindestens eine fehlende Diskriminanz-Variable	0	.0
	Gesamtzahl der ausgeschlossenen	2	1.0
Gesamtzahl der Fälle		206	100.0

Tabelle 82: DA Abbruch – Gleichheitstest der Gruppenmittelwerte

	Wilks-Lambda	F	df1	df2	P
Alter	.949	10.945	1	202	.001
Medikamente	.969	6.502	1	202	.012
Psychosomatik (MMPI)	.974	5.400	1	202	.021
BU	.960	8.394	1	202	.004

Tabelle 83: DA Abbruch – Gemeinsam Matrizen innerhalb der Gruppen

		Alter	Medikamente	Psychosomatik (MMPI)	BU
Korrelation	Alter	1.000	.098	.042	.114
	Medikamente	.098	1.000	.076	.119
	Psychosomatik (MMPI)	.042	.076	1.000	.148
	BU	.114	.119	.148	1.000

Tabelle 84: DA Abbruch - Eigenwerte

Funktion	Eigenwert	% der Varianz	Kumulierte %	Kanonische Korrelation
1	.120(a)	100.0	100.0	.328

a Die ersten 1 kanonischen Diskriminanzfunktionen werden in dieser Analyse verwendet.

Tabelle 85: DA Abbruch – Wilks' Lambda

Test der Funktion(en)	Wilks-Lambda	Chi ²	df	P
1	.893	22.694	4	.000

Tabelle 86: DA Abbruch – Stand. kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten

	Funktion
	1
Alter	.571
Medikamente	.385
Psychosomatik (MMPI)	.356
BU	.425

Tabelle 87: DA Abbruch – Struktur-Matrix

	Funktion
	1
Alter	.672
BU	.588
Medikamente	.518
Psychosomatik (MMPI)	.472

Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen Diskriminanzvariablen und standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen

Variablen sind nach ihrer absoluten Korrelationsgröße innerhalb der Funktion geordnet.

Tabelle 88: DA Abbruch – Kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten

	Funktion
	1
Alter	.070
Medikamente	.809
Psychosomatik (MMPI)	.030
BU	.870
(Konstant)	-5.565

Nicht-standardisierte Koeffizienten

2.3 Prädiktoren der Flucht in Krankheit psychisch Kranker

Tabelle 89: Multiple lineare Regressionsanalyse – ANOVA

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	P
1	Regression	4990.855	7	712.979	3.697	.001(a)
	Residuen	37416.103	194	192.867		
	Gesamt	42406.957	201			

a Einflußvariablen : (Konstante). Kontaktf. Alter. Familienprobleme. Psychosomatik (MMPI). SVFgedweiterbesch. Belastbarkeit. Beziehungsprobleme

b Abhängige Variable: krankproz

2.4 Faktorenanalyse

Tabelle 90: FA – KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		.800
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi ²	2389.273
	df	465
	P nach Bartlett	.000

Tabelle 91: FA - Kommunalitäten

	Anfänglich	Extraktion
Alter	1.000	.389
Anzahl Kinder (im Haushalt)	1.000	.248
laengererArbeitsweg	1.000	.429
Wohnortwechsel	1.000	.301
niedrigereBezahlung	1.000	.363
Arbeitsbedingungen	1.000	.380
unterbishQualifik	1.000	.319
Verschuldung	1.000	.208
Schulabschluss	1.000	.459
AnzahlBerufsausbildung	1.000	.273
Depress	1.000	.677
Selbstwertg	1.000	.639
generalisierteAngst	1.000	.793
Phobien	1.000	.438
MMPIMACR	1.000	.393
Psychosomatik (MMPI)	1.000	.530
Familienprobleme	1.000	.401
Negativstrategien	1.000	.624
Selbstwirksamkeit	1.000	.614
Engagement	1.000	.358
Optimismus	1.000	.404
Handlungsorientierung	1.000	.526
Belastbarkeit	1.000	.514
Selbstbewusstsein	1.000	.620
Leistungsmotivatio	1.000	.496
Flexibilität	1.000	.486
Gewissenhaftigkeit	1.000	.269
Kontaktf	1.000	.527

LPS Gesamt-IQ	1.000	.619
d2gesamt	1.000	.400
Positivstrategien	1.000	.386

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Tabelle 92: FA – Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumuliert e %	Gesamt	% der Varianz	Kumuliert e %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7.024	22.659	22.659	7.024	22.659	22.659	6.918	22.316	22.316
2	2.931	9.454	32.113	2.931	9.454	32.113	2.924	9.433	31.748
3	2.395	7.725	39.838	2.395	7.725	39.838	2.470	7.969	39.718
4	1.733	5.591	45.429	1.733	5.591	45.429	1.770	5.711	45.429
5	1.422	4.586	50.015						
6	1.286	4.149	54.164						
7	1.179	3.804	57.969						
8	1.121	3.615	61.584						
9	1.010	3.258	64.842						
10	.891	2.873	67.714						
11	.848	2.736	70.450						
12	.821	2.647	73.097						
13	.800	2.581	75.678						
14	.728	2.349	78.027						
15	.690	2.225	80.253						
16	.657	2.119	82.371						
17	.610	1.968	84.340						
18	.548	1.768	86.108						
19	.514	1.657	87.765						
20	.489	1.577	89.342						
21	.478	1.542	90.884						
22	.418	1.348	92.232						
23	.403	1.298	93.531						
24	.379	1.224	94.754						
25	.341	1.099	95.853						
26	.289	.932	96.785						
27	.261	.842	97.627						
28	.241	.779	98.406						
29	.198	.638	99.044						
30	.177	.570	99.614						
31	.120	.386	100.000						

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Tabelle 93: FA- Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente			
	1	2	3	4
generalisierteAngst	-.837	.256		
Depress	-.809			
Negativstrategien	-.785			
Selbstbewusstsein	.773			
Selbstwertg	-.738	.272		
Selbstwirksamkeit	.732	.246		
Kontaktf	.692			
Handlungsorientierung	.652	.311		
Flexibilität	.630	.295		
Optimismus	.629			
Psychosomatik (MMPI)	-.621	.321		
Belastbarkeit	.601	.380		
Positivstrategien	.577			
Phobien	-.436	.281	-.343	-.227
Leistungsmotivatio		.687		
Engagement		.592		
MMPIMACR		.544	-.311	
Gewissenhaftigkeit		.486		
Familienprobleme	-.423	.470		
Verschuldung		.438		
LPS Gesamt-IQ			.761	
Schulabschluss			.650	
d2gesamt			.581	-.238
unterbishQualifik			.476	.292
AnzahlBerufsausbildung		.231	.465	
niedrigereBezahlung		-.330	.454	.208
Arbeitsbedingungen				.614
Alter			.249	-.547
laengererArbeitsweg		.204	.343	.516
Anzahl Kinder (im Haushalt)				-.461
Wohnortwechsel		.314		.440

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a Die Rotation ist in 5 Iterationen konvergiert.

Tabelle 94: FA - Komponententransformationsmatrix

Komponente	1	2	3	4
1	.989	.069	.107	.077
2	-.041	.975	-.210	-.058
3	-.115	.200	.971	-.056
4	-.085	.063	.034	.994

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

2.5 Prä-Post-T-Test-Analyse

Tabelle 95: Prä-Post-T-Tests nicht signifikanter Veränderungen

	Gepaarte Differenzen					T	df	P (2-seitig)
	M	SD	SEM des Mes	95% Differenz		KI der		
				Untere	Obere			
MMPI Phobien	.713	8.513	.819	-.911	2.337	.870	107	.386
MMPI MAC	1.231	7.883	.759	-.272	2.735	1.623	107	.107
MMPI Psychosomatik	.963	7.163	.689	-.403	2.329	1.397	107	.165
SVF Schuldabwehr	1.910	11.918	1.131	-4.152	.332	-1.688	110	.094
SVF Ablenkung	.883	11.019	1.046	-1.190	2.956	.844	110	.400
SVF Ersatzbefriedigung	-.748	8.754	.831	-2.394	.899	-.900	110	.370
SVF Situationskontrolle	-.387	10.398	.987	-2.343	1.568	-.393	110	.695
SVF Reaktionskontrolle	-.243	9.733	.924	-2.074	1.588	-.263	110	.793
SVF Positive Selbstinstruktion	1.766	11.740	1.114	-3.974	.443	-1.585	110	.116
SVF Flucht	2.064	11.066	1.055	-.028	4.155	1.956	109	.053
SVF soziale Unterstzung	-.196	11.515	1.088	-2.352	1.960	-.181	111	.857
FKK Selbstwirksamkeit	-.735	10.663	1.003	-2.722	1.253	-.732	112	.466
FKK Internalität	-.389	11.976	1.127	-2.622	1.843	-.346	112	.730
LMI Engagement	.309	1.739	.166	-.019	.638	1.865	109	.065
BIP Handlungsorientierung	-.175	1.312	.123	-.419	.068	-1.428	113	.156
BIP Leistungsmotivation	.184	1.367	.128	-.069	.438	1.439	113	.153
BIP Gewissenhaftigkeit	.026	1.472	.138	-.247	.299	.191	113	.849

2.6 Teilnehmerprofil

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um diesen Fragebogen auszufüllen. Mit dem vorliegenden Fragebogen möchten wir Sie und Ihre aktuelle Lebenssituation besser kennen lernen. Ihre Antworten auf die gestellten Fragen bilden eine Grundlage für die gemeinsame Erarbeitung eines persönlichen Integrationsplans. Wir möchten Sie daher bitten, die Fragen möglichst vollständig und so aufrichtig wie möglich zu beantworten. Sollten Sie einmal Schwierigkeiten mit der Beantwortung haben, wenden Sie sich bitte an die verantwortlichen MitarbeiterInnen.

Alle Angaben sind natürlich freiwillig und werden streng vertraulich behandelt. Zur Verbesserung unserer integrativen Maßnahmen können Sie uns allerdings am Ende des Fragebogens Ihr Einverständnis für eine anonymisierte statistische Auswertung Ihrer Daten geben.

Ihr REHAaktiv - Team

Name:Vorname: _____ geb. _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Tel/Fax: _____ Handy: _____

E-mail: _____

Staatsangehörigkeit: ☐ deutsch ☐ andere: _____

1. Allgemeine Angaben

Versicherungsträger: ☐ Arbeitsagentur ☐ Berufsgenossenschaft

☐ Jobcenter

☐ Deutsche Rentenversicherung
Berlin/Brandenburg (LVA)

☐ Deutsche Rentenversicherung
Bund (BfA)

☐ _____

MdE/GdB: _____ %

Arbeitslos seit: _____

Wohnung: ☐ eigene ☐ Elterliche Wohnung ☐ WG ☐ betreut

Name/Anschrift des Betreuers:

Leben Sie in fester Partnerschaft? ☐ ja ☐ nein

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend
☐ geschieden ☐ verwitwet

Anzahl Kinder: _____ Alter: _____ davon im Haus _____ außer Haus _____

Versorgung: ☐ Angehörige ☐ Haustiere

Fahrerlaubnis: ☐ Klassen _____ Fahrzeug verfügbar: ☐ ja ☐ nein

Womit beschäftigen Sie sich in Ihrer Freizeit und wie viel Zeit pro Woche?

Beschäftigung	Stunden pro Woche

Treiben Sie Sport? ☐ nie ☐ selten ☐ regelmäßig

Sind Sie Vereinsmitglied? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem Verein? _____

Sind Sie in einer Organisation aktiv? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Organisation? _____

2. Gesundheitliche Situation

Gesundheitl. Einschränkungen: ☐ physische

☐ psychische

☐ ohne ärztl. Diagnose

diagnostiziert als _____

Behandlung: ☐ läuft ☐ möchte ☐ wartet ☐ abgebrochen

☐ Termine vereinbart _____

Auffälligkeiten / Leistungseinschränkungen	seit	gelegentlich	oft	dauernd

Abhängigkeiten: ☐ Drogen ☐ Alkohol ☐ Spiel ☐ Medikamente

☐ andere _____

Selbsthilfegruppe _____

☐ Entgiftung ☐ Entwöhnung ☐ Therapie

☐ beabsichtigt ☐ läuft ☐ abgebrochen

☐ nicht für notwendig gehalten ☐ rückfällig

Trinken Sie Alkohol? ☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ häufig

Rauchen Sie Zigaretten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____

Nehmen Sie andere Drogen zu sich? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

3. Finanzielle Situation

zuletzt bezogen: ☐ Arbeitslosengeld I ☐ Arbeitslosengeld II

Einkommen (Netto): _____ €

Familieneinkommen (Netto): _____ €

Sind Sie verschuldet? ☐ nein ☐ etwas (-1000 €)

☐ hoch (-10 000 €) ☐ sehr hoch (über 10 000 €)

bei ☐ Bank ☐ Finanzamt ☐ Versandhaus
☐ Unterhaltsleistungen ☐ privat

Schuldnerberatung ☐ ja ☐ nein

Wie sehr belasten Sie Ihre finanziellen Probleme?

☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark ☐ sehr stark

Eintragung im polizeilichen Führungszeugnis: ☐ ja ☐ nein

4. Qualifikation

Schulabschluss: ☐ Sonderschule ☐ Abschluss _____te Klasse

☐ Hauptschule ☐ Mittlere Reife

☐ qual. Hauptschule ☐ Abitur

☐ POS/Realschule

☐ Gymnasium

Berufsabschluss:

1. Ausbildung als: _____ von _____ bis _____

Firma: _____

2. Ausbildung als: _____ von _____ bis _____

Firma: _____

3. Ausbildung als: _____ von _____ bis _____

Firma: _____

Letzte Tätigkeit als: _____

Firma: _____

Gründe für das Ende des Arbeitsverhältnisses:

Liegt eine Berufsunfähigkeit für einen der erlernten Berufe vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, für welchen? _____

Zusatzqualifikationen/Weiterbildungen:

1) zum/als: _____ von _____ bis _____

Einrichtung: _____ Abschluss: ☐ ja ☐ nein

2) zum/als: _____ von _____ bis _____

Einrichtung: _____ Abschluss: ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen: _____

5.Berufliche Orientierung

Interessen/Neigungen

1 _____ Einsatzorte: _____

2 _____ Einsatzorte: _____

3 _____ Einsatzorte: _____

Arbeitszeitformen:

☐ Normal

☐ Schichtsysteme: ☐ 2-fach ☐ 3-fach ☐ Rollende Woche

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

Gehaltsvorstellungen: _____ €/Brutto

Bereitschaft zur Mobilität:

☐ ja Wie viele Km? _____

☐ nein Gründe: _____

Bereitschaft zur Mitwirkung:

☐ ja

☐ nein Gründe: _____

Was könnte Ihre Mitwirkung beeinflussen?

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten **anonymisiert** zu statistischen Zwecken verwendet werden.

☐ Ja

☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift TeilnehmerIn

3 Qualitativer Teil

3.1 Interrater-Reliabilität

Tabelle 96: Interrater-Reliabilität - Kreuztabellen

		0	1	Gesamt
Fr. B.	0	49	4	53
	1	2	18	20
	Gesamt	51	22	73
Fr. H.	0	52	5	57
	1	3	13	16
	Gesamt	55	18	73
Fr. A.	0	38	9	47
	1	1	25	26
	Gesamt	39	34	73
Hr. G.	0	47	9	56
	1	3	14	17
	Gesamt	50	23	73
Hr. R.	0	50	6	56
	1	3	14	17
	Gesamt	53	20	73
Hr. E.	0	51	4	55
	1	5	13	18
	Gesamt	56	17	73
Fr. E.	0	38	8	46
	1	5	18	23
	Gesamt	43	26	69
Fr. R.	0	45	6	51
	1	3	19	22
	Gesamt	48	25	73
Fr. Eb	0	48	2	50
	1	3	16	19
	Gesamt	51	18	69
Fr. G.	0	45	7	52
	1	3	18	21
	Gesamt	48	25	73
Hr. K.	0	51	3	54
	1	3	15	18
	Gesamt	54	18	72
Hr. W.	0	55	4	59
	1	1	13	14
	Gesamt	56	17	73

Tabelle 97: Interräterreliabilität – Übereinstimmungsmaß Kappa

		Wert	Asymptotischer SEM(a)	Näherungsweise T(b)	Näherungsweise P
Fr. B.	Kappa	.800	.078	6.847	.000
Anzahl der gültigen Fälle		73			
Hr. H.	Kappa	.694	.100	5.944	.000
Anzahl der gültigen Fälle		73			
Fr. A.	Kappa	.721	.080	6.316	.000
Anzahl der gültigen Fälle		73			
Hr. G.	Kappa	.590	.104	5.153	.000
Anzahl der gültigen Fälle		73			
Hr. R.	Kappa	.675	.100	5.801	.000
Anzahl der gültigen Fälle		73			
Hr. E.	Kappa	.662	.104	5.659	.000
Anzahl der gültigen Fälle		73			
Fr. E.	Kappa	.589	.101	4.919	.000
Anzahl der gültigen Fälle		69			
Fr. R.	Kappa	.718	.087	6.163	.000
Anzahl der gültigen Fälle		73			
Fr. Eb.	Kappa	.815	.079	6.778	.000
Anzahl der gültigen Fälle		69			
Fr. G.	Kappa	.684	.092	5.889	.000
Anzahl der gültigen Fälle		73			
Hr. K.	Kappa	.778	.086	6.600	.000
Anzahl der gültigen Fälle		72			
Hr. W.	Kappa	.796	.087	6.851	.000
Anzahl der gültigen Fälle		73			

a Die Null-Hypothese wird nicht angenommen.

b Unter Annahme der Null-Hypothese wird der asymptotische SEM verwendet.

3.2 Qualitative Interviews – Tabellen

(Nachdem Sie keine Arbeit mehr hatten, wie sind Sie vorgegangen, um wieder Arbeit zu bekommen?)

Tabelle 98: QI – Individuelle Bewältigungsstrategien

Kategorie	Fr. B.	Fr. H.	Fr. A.	Hr. G.	Hr. R.	Hr. E.	Fr. E.	Fr. R.	Fr. Eb	Fr. G.	Hr. K.	Hr. W.
Klassische Bewerbungsaktivitäten				1	1		1		1			
Klassische Bewerbungsaktivitäten	1			1	1		1			1		
Arbeitsamt		1	1		1	1	1	1				1
Arbeitsamt		1	1			1	1	1				1
besondere (aktive) Bewerbungsaktivitäten	1										1	
besondere (aktive) Bewerbungsaktivitäten	1	1									1	
Niedrigere Quali	1				1							
Niedrigere Quali					1		1					
Maßnahmen zur gesundheitlichen Stabilisierung		1	1						1	1		
Maßnahmen zur gesundheitlichen Stabilisierung		1	1						1	1		
Aus-u. Weiterbildung			1		1		1					
Aus- u. Weiterbildung			1		1							
Situationsanalyse			1				1					
Situationsanalyse			1				1					
"Maßnahme-hopper"		1	1									
"Maßnahme-hopper"			1									

(Was bedeutet für Sie Arbeit?)

Tabelle 99: QI - Identifizierung mit Arbeit

Kategorie	Fr. B.	Fr. H.	Fr. A.	Hr. G.	Hr. R.	Hr. E.	Fr. E.	Fr. R.	Fr. Eb	Fr. G.	Hr. K.	Hr. W.
Grad der Wichtigkeit 0-10	6	10		7	8				5		10	9
Grad der Wichtigkeit 0-10	3	10	7	5	7	5	9	6	7	8	9	7
gegen Isolation / Kontakte		1			2							2

gegen Isolation / Kontakte	3	1				3		4	2
finanziell	2	3	1	1	2	1	2		
finanziell	2	2	1	2	2	1	2		
Unabhängigkeit						3	2		
Unabhängigkeit						4	2	3	
selbstwertsteigernd	1	3					1	1	
selbstwertsteigernd	1	3						1	
Freude an der Arbeit					3	2			2
Freude an der Arbeit				3	3	2			2
Sinn / intellektuell		1			1				1
Sinn / intellektuell		1		1	1				1
handwerklich		2							
handwerklich		2							
"Workaholic"		2				1		3	1
"Workaholic"						1	1		1

(Haben Sie am Anfang der Maßnahme geglaubt, dass Sie wieder Arbeit finden werden?)

Tabelle 100: QI - Optimismus bezüglich Verlauf

Kategoriengruppe	Kategorie	Fr. B.	Fr. H.	Fr. A.	Hr. G.	Hr. R.	Hr. E.	Fr. E.	Fr. R.	Fr. Eb	Fr. G.	Hr. K.	Hr. W.
Positiv	einfach	1				1				1			
	positiv												
	einfach positiv	1		1	1	1				1			
	Positiv mit Begründung			1	1							1	1
	Positiv mit Begründung											1	1
	hoffend skeptisch		1					1	1		1		
	hoffend skeptisch		1					1	1		1		
	einfach negativ						1						
	einfach negativ						1	1					

(Was hat Ihnen am meisten geholfen in der Maßnahme? Was hat Sie gestört / eingeschränkt in der Maßnahme?)

Tabelle 101: QI - Qualitätsmanagement

positive													
Bewer-	Kategorie	Fr.	Fr.	Fr.	Hr.	Hr.	Hr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Hr.	Hr.
tungen		B.	H.	A.	G.	R.	E.	E.	R.	Eb	G.	K.	W.
Seminar- inhalte	Praktika	1							1	1	1		
	Praktika	1							1	1	1		
	Arbeitsfähigkeit	1							1	1			
	Arbeitsfähigkeit	1								1			
	Gruppe	1				1	1		1			1	
	Gruppe	1				1	1		1			1	
	Mitarbeiter		1	1			1	1	1	1			1
	Mitarbeiter		1	1			1	1	1	1			1
	Videotraining			1									
	Videotraining			1									
	Bewerbungsgespräche		1	1				1					
	Bewerbungsgespräche		1	1				1					
	Persönliche Unterlagen					1		1		1		1	
	Persönliche Unterlagen					1				1		1	
negative Bewer- tungen	EDV			1	1								
	EDV			1	1								
	Mitarbeiter		1		1					1			
	Mitarbeiter		1							1			
	Druck							1			1		
	Druck							1				1	
	fehlende Hilfe				1						1		
	fehlende Hilfe				1						1		
	Falsche Vorstellungen	1			1								
	Falsche Vorstellungen	1			1								
	Rollenspiel					1				1			
	Rollenspiel									1			
	Tests				1							1	
	Tests		1		1			1				1	
Seminar- inhalte	Bewerbungstraining				1								
	Bewerbungstraining												
	andere Seminarteilnehmer								1				
	andere Seminarteilnehmer			1			1		1				

(Angenommen, sie hätten die Integrationsmaßnahme bei REHAaktiv nicht gemacht, wie würde dann wahrscheinlich Ihre heutige Situation aussehen? ohne Fr. E. Fr. Eb., Fr. H.)

Tabelle 102: QI – Was wäre wenn...

Kategorie	Fr. B.	Fr. H.	Fr. A.	Hr. G.	Hr. R.	Hr. E.	Fr. E.	Fr. R.	Fr. Eb	Fr. G.	Hr. K.	Hr. W.
schlechter	1			1		1				1		1
schlechter	1			1		1				1		1
anders			1		1			1			1	
anders			1		1			1			1	

(Was sind Sie für ein Typ Mensch? / Wie selbstsicher sind Sie? ohne Fr. E.)

Tabelle 103: QI - Selbsteinschätzung

Kategorien- gruppe	Kategorie	Fr. B.	Fr. H.	Fr. A.	Hr. G.	Hr. R.	Hr. E.	Fr. E.	Fr. R.	Fr. Eb	Fr. G.	Hr. K.	Hr. W.
im Umgang mit anderen	positive Bewertungen				1	1	1		1	1	1	1	1
	positive Bewertungen				1	1	1		1	1	1	1	1
Konflikt- bereitschaft	harmoniebedürftig								1	1		?	
	harmoniebedürftig						1		1	1		?	
	kritikfähig				1								
	kritikfähig				1								
insgesamt	positive Eigenschaften	0		5	3	3	2	2	6	5	4	3	4
	positive Eigenschaften	0		3	2	3	0	1	5	5	4	2	4
	negative Eigenschaften	0			2	0	2	1	2	1	3	1	0
	negative Eigenschaften	0		1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
Selbst- sicherheit	positive Entwicklung				1				/	1	/	1	1
	positive Entwicklung				1				/	1	/		1
	"gut"					1			/		/	1	
	"gut"					1			/		/	1	1
	"eher schlecht"	1					1	/		/			
	"eher schlecht"	1						/		/			
	unterschiedlich					1		/		/			
	unterschiedlich					1	1	/		/	1		
allgemeine Selbstein- schätzung	Praktiker						1					1	
	Praktiker						1					1	
	sensibel			1					1				
	sensibel			1					1				

(Wie gehen Sie mit Stress um?)

Tabelle 104: QI - Stressbewältigung

Kategorie	Fr. B.	Fr. H.	Fr. A.	Hr. G.	Hr. R.	Hr. E.	Fr. E.	Fr. R.	Fr. Eb	Fr. G.	Hr. K.	Hr. W.
"schlecht"	1	1				1				1		
"schlecht"	1	1				1	1			1		
"gut"			1		1						1	
"gut"			1	1							1	
positive Entwicklung			1				1	1		1		1
positive Entwicklung			1	1			1	1		1		1
Warnsignale							1	1				
Warnsignale							1	1		1		
Ersatz- befriedigungen		1			1			1	1			
Ersatz- befriedigungen		1			1							
Ablenkung				1					1			
Ablenkung				1					1			
Entspannung			1									
Entspannung			1									
Soziales Netz			1	1				1				
Soziales Netz			1	1								
Prioritäten setzen			1								1	1
Prioritäten setzen			1								1	1

Tabelle 105: QI - Praktika

	Kategorie	Fr. B.	Fr. H.	Fr. A.	Hr. G.	Hr. R.	Hr. E.	Fr. E.	Fr. R.	Fr. Eb	Fr. G.	Hr. K.	Hr. W.
positive Einschätzung	berufliche Orientierung			1							1		
	berufliche Orientierung			1				1	1		1		
	selbstwertsteigernd						1		1	1	1		
	selbstwertsteigernd	1		1		1		1	1	1	1		
	Steigerung Arbeitsfähigkeit			1						1	1		
	Steigerung Arbeitsfähigkeit			1					1	1	1		
negative Einschätzung	Ausnutzung												
	Ausnutzung				1								

3.3 Interview Hr. W.

04.05.2007

Nachdem Sie keine Arbeit mehr hatten, wie sind Sie vorgegangen um wieder Arbeit zu bekommen?

Die Sachlage bei mir war ebend so, ich hatte da einen Unfall. Ich habe nach dem Unfall meine Lehre weitergeführt und danach habe ich keine Arbeit bekommen, weil... äh... bei Vorstellungsgesprächen ...lief alles...sehr gut bis zu dem Zeitpunkt als ich sagte, dass ich meinen potentiellen Arbeitgeber davon informieren muss, dass ich schwerbehindert bin. Das ist dann sofort auf Desinteresse gestoßen und daraufhin hat mir der Arbeitgeber keine Arbeit gegeben. Da war ich dann ...ganz schön...erledigt. Vom Januar 96 bis Dezember 1997 war das so. Fast 2 Jahre.

Sie waren aktiv auf der Suche und wurden abgelehnt oder...

Ja, na ja.. Beim Arbeitsamt gab es zu dem Zeitpunkt eine Schwerbehinderten Beauftragte und ..ah. da die Lage auf dem Arbeitsmarkt schon damals sehr schlecht war, gab es wenig Möglichkeiten. Und wenn es Möglichkeiten gab, dann lag es in einem Arbeitsfeld, was meine gesundheitlichen Voraussetzungen nicht entsprachen.

Was bedeutet für Sie Arbeit?

Arbeit ist für mich sehr wichtig. Arbeit bedeutet für mich 2 Sachen: Förderung...Forderung. Damit fördere ich mich selber, indem ich mich sowohl individuell, als auch vom körperlichen her, unter einem gewissen Druck setze, unter einem gesunden Druck setze. Und Förderung...weil da Aufgaben an mich herangetragen werden und wie wir wissen der Mensch muss sich immer an seine Aufgaben stellen (unverständlich). Und darum wichtig ist Arbeit auch wegen der sozialen Kontakte. Weil während der Zeit, wo ich gar nichts getan habe, habe ich mich sehr zurückgezogen.

Haben Sie am Anfang der Maßnahme geglaubt, dass Sie wieder Arbeit finden werden?

Sie meinen am Anfang dieser Maßnahme?

Genau.

Wenn ich diesen Glauben nicht gehabt hätte, dann hätte ich die Maßnahme nicht begonnen. Um auf das Schlimme zu kommen, da war ich beim Berufsförderungswerk Berlin und habe nicht so gute Erfahrungen gemacht, ganz und gar nicht. Da war ich eine Nummer, die man abrechnen konnte, um die man sich aber nicht unbedingt kümmern musste. Und ah.. wichtig

ist es für mich, oder auch sonst, mich immer mehr selbst zu motivieren. Wenn die Motivation nicht da wäre, dann hätte ich zum einen Geld, veranschlagtes Geld vergeudet und auch meine Zeit vergeudet.

Also sind Sie mit Glauben reingekommen?

Natürlich, ja.

Was hat Ihnen hier in der Maßnahme geholfen?

Also die Atmosphäre finde ich hier so...nicht anonym, so kommt es mir zumindest vor. Im Berufsförderungswerk war es eine riesige Menge an Menschen. Da ist jeder, wie schon gesagt, eine Nummer. Da wird alles nach einem Schema durchgezogen: - machst Du es gut, machst Du es nicht gut - es ist auch egal.

Also am meisten, was hat Ihnen hier am meisten geholfen?

Na dass ich ja, dass ich hier in Niederlage, es gab ja Zeiten, wo ich schlechte Erfahrungen hatte, aber ich wurde unterstützt. Von wem auch immer. Alle waren bereit einem zu helfen.

Was hat Sie gestört, eingeschränkt in der Maßnahme?

(Seufzen) Das kann ich jetzt...also wenn es so wäre, hätte ich es zwischendurch, wenn der Fall aufgetreten wäre, sofort angemerkt. Aber da, da ist bis jetzt nichts...

Wir wollen jetzt wissen, ob etwas in Ihnen geblieben ist, was Sie gestört hat oder vielleicht, was Sie nicht mitteilen konnten?

Näh, in keinster Weise.

Angenommen, Sie hätten die Integrationsmaßnahme bei REHA aktiv nicht gemacht, wie würde dann wahrscheinlich Ihre heutige Situation aussehen?

Das sehe ich ganz klar. Dann würde ich wohl immer noch zu Hause sitzen und ah...da wäre wahrscheinlich von Seiten der Krankenkasse ja wohl Integration nicht möglich. Und ich hätte nicht gewusst, an wem ich mich wenden sollte. Dazu muss ich sagen, dass ich gestern, da bin ich auch früher gegangen, da wurde mir eine Arbeitsstelle angeboten. Ich muss aber noch mit Herrn G. darüber sprechen, außerdem habe ich jetzt was am Laufen.

Was sind Sie für ein Typ Mensch? (Ihrer Meinung nach)

Also...Bisher war ich ein Mensch, der den Blick nach vorne richtet, positiv gestimmt, vorurteilslos und eigentlich auch engagiert.Das ist es so grob umrissen.

Sie sagten „bisher“, das gilt aber immer noch?

Ja, natürlich.

Wie gehen Sie mit Stress um?

Stress, wie wir selber wissen, stresst nicht Stress. Es gibt emotionalen Stress, sozialen Stress, dann haben wir vielleicht noch Arbeitsstress...

Ok, aber wie gehen Sie selber damit um?

Es hat sich in den Jahren bei mir so entwickelt, dass ich mir doch irgendwo selbst den Zeitdruck mache. Voreilig etwas zu tun, nur um die Sache abzuhaken oder...ich arbeite lieber länger ein Moment und mache die Arbeit richtig, als...wie soll ich sagen, mir ist Ordnung und Genauigkeit wichtiger als Tempo. Wegen der Einschränkung, die ich nach diesem Unfall bekommen habe, wegen Herzstillstand und so...Ich habe die Möglichkeit genau so die Arbeiten zu erledigen, wie alle andere auch, aber die Umsetzung dessen bedarf eigentlich länger. Aufnahmebearbeitung und –verarbeitung dauern länger. Das ist das, was meine Einschränkung ausmacht, eine gewisse Verlangsamung. Es gibt auch entsprechendes Training, und es wird immer besser und immer schneller. An sich habe ich gelernt, mich damit zu arrangieren. Als Beispiel habe ich alle Kollegen von meinem Praktikum, alle informiert, natürlich in gewissem Maße, was auf sie alles zukommt: was sind die Einschränkungen im Groben, nicht im Einzelnen. Dann ging es, man hat mich nicht überfordert, Schritt für Schritt die Arbeiten mehr und mehr an mich rangetragen und jetzt habe ich sogar meine eigenen Kompetenzbereiche dort. Und zwar so, dass ich zum Teil selber Praktikanten bekomme, die mir helfen, je nachdem wie es Ihnen möglich ist. Es ist schön.

Ok, aber wie reagieren Sie beim Stress, was sind da Ihre Strategien?

Wichtig ist Prioritäten setzen. Besonders, wenn viele Sachen zur gleichen Zeit erledigt werden sollen.

Was sollte Ihrer Meinung nach noch in die Maßnahme aufgenommen werden?

Ich bin, wie ich schon sagte, zufrieden mit der Maßnahme. Da kann ich nicht sagen, zumal ich keine pädagogische Ausbildung habe.

Uns ist Ihre Meinung als Teilnehmer wichtig?

Nein, keine Kritik.

Wie war Ihr Vertrauensverhältnis zu den Mitarbeitern der REHAaktiv darr GmbH?

Vom ersten Tag an bis zum heutigen Tag, wusste ich immer, dass ich zu jeder Zeit mit allen Fragen mich an die Mitarbeiter hier wenden kann und auch vertrauen kann und Verständnis erfahren werde. Ansonsten wäre die Arbeit hier unmöglich. Man muss sich seinen Kollegen und Mitarbeitern mehr oder weniger anvertrauen können, um harmonisch miteinander zu arbeiten, um weiterzukommen.

Wie selbstsicher sind Sie?

Ich habe da gerade 500 Fragen beantwortet!(lacht) Ich bin eigentlich ein selbstsicherer, ja! Ich kann für meine Belange, für meine Vorhaben eintreten und habe auch durch zahlreiche logopädische Sitzungen und ähnliche gelernt, mich ausdrücken zu können. Ich kann meine

Interessen vertreten, und obwohl es nicht immer nach denen geht, was auch normal ist, vertreten kann ich sie schon.

Wörteranzahl:6495